

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

DANIELA ALINE CONTE

**IMPACTO DA MALOCCLUSÃO NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À  
SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS DE 8 A 10 ANOS DE ESCOLAS PÚBLICAS DE  
FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.**

Florianópolis  
2016



**DANIELA ALINE CONTE**

**IMPACTO DA MALOCCLUSÃO NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À  
SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS DE 8 A 10 ANOS DE ESCOLAS PÚBLICAS DE  
FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso  
de Odontologia da Universidade Federal de Santa  
Catarina como requisito para a graduação.

Aluna: Daniela Aline Conte  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mariane Cardoso  
Coorientadora: CD. Bárbara Suelen Moccelini

Florianópolis  
2016



Daniela Aline Conte

**IMPACTO DA MALOCCLUSÃO NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À  
SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS DE 8 A 10 ANOS DE IDADE EM ESCOLAS  
PÚBLICAS DE FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de Cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 19 de Outubro de 2016.

**Banca Examinadora:**

---

Prof.<sup>a</sup>, Dr.<sup>a</sup> Mariane Cardoso,  
Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof.<sup>o</sup>, Dr.<sup>o</sup> Gerson Luiz Ulema Ribeiro,  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Cirurgiã-dentista Ms Nashalie Andrade de Alencar,  
Universidade Federal de Santa Catarina



Dedico esta obra, á minha família e amigos  
que de todas as formas tornaram este caminho  
mais fácil de ser percorrido. Obrigada por  
sempre me apoiarem.





## AGRADECIMENTOS

Aos meus queridos pais, **Cláudia Marizete Guarnieri Conte e Valcir Conte**, que sempre me incentivaram e acreditaram em minha capacidade. Obrigada pelos esforços realizados em prol da minha educação. As minhas alegrias também são suas.

Aos meus irmãos **Gabriela Lana Conte e Alexandre Conte** que me apoiaram constantemente e pelas vezes que se dispuseram a me auxiliar, vocês são parte de mim.

Ao meu namorado **Bruno F. Rodrigues da Costa Ely**, sempre acreditando em mim e me colocando pra cima, me fazendo acreditar que eu poderia ir mais longe. Obrigada pela amizade, companheirismo, paciência, entusiasmo e amor. Obrigada por sempre estar ao meu lado e fazer parte das minhas alegrias.

À minha orientadora **Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Mariane Cardoso**, pela compreensão e ajuda. Muito obrigada pelos ensinamentos, paciência e confiança em mim depositada.

À minha coorientadora **Bárbara Suelen Moccelini** que sempre me incentivou e me ajudou todas as vezes que eu precisei.

À gerência de formação de Florianópolis/SC, por permitir a realização da pesquisa nas escolas municipais, possibilitando a execução do trabalho.

Em especial à **Angela Giacomini, Bruna Miroski Gonçalves, Daniele Klein e Fernanda Marques Torres** que realizaram o exame clínico das crianças, pela grande contribuição nesse trabalho.

Às crianças que participaram da pesquisa com muita alegria e disposição e aos pais que proporcionaram a realização desse estudo.

A todos meus colegas de faculdade pelas palavras amigas nas horas difíceis e principalmente por estarem comigo nesta conquista, sempre me acompanhando, rindo ou chorando, e dividindo momentos de felicidade. Obrigada por serem tão bons comigo, levarei cada um em meu coração.

Aos professores do curso de graduação em odontologia pelo crescimento e aprendizado.

À Universidade Federal de Santa Catarina, em especial ao curso de graduação em odontologia, ao corpo docente, servidores e trabalhadores no geral que contribuíram de alguma forma em prol do aprendizado.



*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”*

*(Madre Teresa de Calcutá)*



## RESUMO

O objetivo deste estudo foi verificar o impacto da maloclusão na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) em crianças de 8 a 10 anos de idade de escolas municipais de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Participaram da pesquisa um total de 200 crianças selecionadas aleatoriamente, as quais foram examinadas por cirurgiões-dentistas previamente calibrados. As variáveis clínicas coletadas foram presença de mordida aberta anterior (MAA), *overjet* maxilar, *overjet* mandibular e mordida cruzada posterior (MCP) coletadas pelo Índice de Estética Dentária (DAI). O *Child Perceptions Questionnaire* (CPQ8-10) foi o instrumento utilizado para medir a QVRSB, a Teoria de Resposta ao Item (TRI) foi utilizada para avaliação do impacto e os dados socioeconômicos foram obtidos por meio de um questionário enviado aos pais. Para análise estatística dos dados foram aplicados o Teste exato de Fisher e o modelo de Regressão de Poisson. A prevalência de crianças com maloclusão foi de 78,5% conforme o DAI. Ao analisar as maloclusões separadamente, 3,5% possuíam MAA, 32,5% *overjet* maxilar, 9,0% apresentaram MCP e apenas uma criança possuía *overjet* mandibular. Dentre os escolares que apresentam maloclusão 55,4% apresentaram impacto na QVRSB, mas sem associação significativa com as variáveis investigadas. Houve diferença estatisticamente significativa entre MAA e idade, e *overjet* maxilar e idade ( $p < 0,05$ ). Conclui-se que a presença da maloclusão não causou impacto na QVRSB dos escolares no município de Florianópolis.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Maloclusão. Escolares.



## **ABSTRACT**

The aim of this study was to investigate the impact of malocclusion in oral health-related to quality of life (OHRQoL) in children aged 8 to 10 years old from public schools in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. A total of 200 children participated in the survey, which they were examined by calibrated dentists. The collected clinical variables were the presence of anterior open bite, anterior maxillary overjet, anterior mandibular overjet and posterior crossbite, collected by The Dental Aesthetic Index (DAI). The Child Perceptions Questionnaire (CPQ8-10) was the instrument used to measure OHRQoL, the Item Response Theory was used to assess the impact and socioeconomic data were obtained through a questionnaire sent to parents. For statistical analysis of the data were applied the Exact Test of Fisher and the model of Poisson Regression. The prevalence of children with malocclusion was 78.5% as DAI. To analyze separately malocclusions, 3.5% had anterior open bite, 32.5% anterior maxillary overjet, 9.0% had posterior crossbite and only one child had anterior mandibular overjet. Among the students who have malocclusion 55.4% had impact on OHRQoL, but no significant association. There was a statistically significant difference between anterior open bite and age, and anterior maxillary overjet and age ( $p < 0.05$ ). It's concluded that the malocclusion did not impact the OHRQoL of schoolchildren from the city of Florianópolis.

**Keywords:** Quality of life related to oral health. Malocclusion. School.





## LISTA DE TABELAS

|            |                                                                                                                                                                                       |    |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 - | Análise descritiva das variáveis coletadas no estudo (n=200)<br>Florianópolis, SC, Brasil, 2016.....                                                                                  | 46 |
| Tabela 2 - | Análise descritiva da distribuição das respostas do CPQ (n=200),<br>em crianças de 8 a 10 anos de idade em Florianópolis, SC, Brasil,<br>2016.....                                    | 48 |
| Tabela 3 - | Regressão de Poisson bruta para Impacto na qualidade de vida<br>relacionada à saúde bucal com as demais variáveis (n=200).<br>Florianópolis, SC, Brasil, 2016.....                    | 49 |
| Tabela 4 - | Relação entre MAA, MCP, <i>Overjet</i> maxilar, <i>Overjet</i> Mandibular<br>com sexo e idade, em crianças de 8 a 10 anos de idade em<br>Florianópolis, SC, Brasil, 2016 (n=200)..... | 49 |



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa  
ATM - Articulação temporomandibular  
CD - Cirurgião-dentista  
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
CNS - Conselho Nacional de Saúde  
CPO-D - Índice Dentes Perdido, Cariados e Obturados  
CPQ - *Child Perceptions Questionnaire*  
DAI - Índice de Estética Dentária  
DAQ - Questionário de Ansiedade Dental  
DPI - Índice de Placa Dentária  
ECOHIS - Escala de Impacto de Saúde Bucal na Primeira Infância  
GSE - *Global Negative Self-Evaluation*  
IDSUS - Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde  
IOTN - Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico  
IVS - Índice de Vulnerabilidade Social  
MAA - Mordida Aberta Anterior  
MCP - Mordida Cruzada Posterior  
NOT-S - *Nordic Orofacial Test-Screening*  
OASIS - *Oral Aesthetic Subjective Impact Scale*  
OIDP - *Oral Impact on Daily Performances*  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
PIB - Produto Interno Bruto  
QVRSB - Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal  
SB Brasil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal  
SCAN - *Standardised Continuum of Aesthetic Need*  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TD - Traumatismo Dentário  
TRI - Teoria de Resposta ao Item  
UDESC - Universidade Estadual de Santa Catarina  
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina



## SUMÁRIO

|                                                                |           |
|----------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>RESUMO</b>                                                  | <b>12</b> |
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>                                            | <b>22</b> |
| <b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b>                                 | <b>25</b> |
| <b>3 OBJETIVOS</b>                                             | <b>40</b> |
| 3.1 Objetivo Geral                                             | <b>40</b> |
| 3.2 Objetivos específicos                                      | <b>40</b> |
| <b>4 METODOLOGIA</b>                                           | <b>41</b> |
| 4.1 Delineamento da pesquisa                                   | <b>41</b> |
| 4.2 Considerações éticas                                       | <b>41</b> |
| 4.3 Seleção da amostra                                         | <b>41</b> |
| 4.4 Estudo piloto                                              | <b>42</b> |
| 4.5 Coleta dos dados clínicos                                  | <b>42</b> |
| 4.6 Coleta dos dados não clínicos                              | <b>43</b> |
| 4.7 Análise dos dados                                          | <b>44</b> |
| <b>5 RESULTADOS</b>                                            | <b>46</b> |
| <b>6 DISCUSSÃO</b>                                             | <b>50</b> |
| <b>7 CONCLUSÃO</b>                                             | <b>54</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b>                                             | <b>55</b> |
| <b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> | <b>61</b> |
| <b>APÊNDICE B - Termo de Assentimento Informado</b>            | <b>63</b> |
| <b>APÊNDICE C - Ficha Clínica</b>                              | <b>64</b> |
| <b>ANEXO A - Questionário de Qualidade de Vida</b>             | <b>66</b> |
| <b>ANEXO B - Questionário Socioeconômico</b>                   | <b>68</b> |





## 1 INTRODUÇÃO

O termo maloclusão significa todos os desvios dos dentes e dos ossos maxilares e mandibular do alinhamento normal (má posição individual dos dentes, discrepância ósteo-dentária e má relação dos arcos dentais, sagital, vertical e transversal). A etiologia das maloclusões é multifatorial, o que torna intrincado estabelecer a sua causa precisa, à medida que existe uma interação complexa de múltiplos fatores e que as duas categorias básicas são as influências hereditárias e as ambientais. Uma oclusão é rotulada de maloclusão com base em valores culturais (imagem do corpo e estética), desvios anatômicos de normas morfológicas, e em considerações funcionais que prejudicam a mastigação (PINTO *et al.*, 2008; PROFFIT *et al.*, 2008).

Atualmente, as oclusopatias encontram-se em terceiro lugar na escala de prioridades entre os problemas odontológicos de saúde pública mundial, superadas apenas pela cárie e pelas doenças periodontais (DIAS e GLEISER, 2008). A Organização Mundial de Saúde (OMS) a considera como um importante problema odontológico de saúde pública, dada sua grande incidência e o seu caráter precoce de aparecimento (OMS, 1997).

As maloclusões podem produzir desvios estéticos nos dentes e/ou face e distúrbios funcionais de oclusão, mastigação, deglutição, fonação e respiração. Também podem causar transtornos psicossociais com potenciais repercussões na autoestima e no relacionamento interpessoal dos indivíduos severamente afetados (DANAEI e SALEHI, 2010).

A condição de saúde bucal constitui fator de relevante interferência na qualidade de vida dos indivíduos. Estudos de revisão sobre o impacto de maloclusão na qualidade de vida concluíram que os pacientes são motivados a procurar tratamento ortodôntico, devido aos aspectos físicos, psicológicos e os efeitos sociais da maloclusão (ZHANG *et al.*, 2006; LIU *et al.*, 2009). A literatura mostrou que a maloclusão pode se tornar muito limitante para o indivíduo, não por causa das questões funcionais possivelmente relacionadas, mas porque ela muitas vezes afeta negativamente a interação social, o bem-estar psicológico, a auto percepção do indivíduo (PORTILHO *et al.*, 2000; MARQUES *et al.*, 2005; PROFFIT *et al.*, 2008) e consequentemente a sua qualidade de vida (AGOU *et al.*, 2008).

Algumas crianças se sentem mal devido a doenças orais relativamente suaves, enquanto paradoxalmente, outros são tolerantes a condições bucais graves (BARBOSA *et al.*, 2009). Isto também concorda com os modelos teóricos da doença, que postulam que os resultados de saúde experimentada por um indivíduo são determinados não só pela natureza e



gravidade da doença, mas também pelas características pessoais e ambientais (WILSON e CLEARY, 1995).

Como os sentimentos das crianças sobre sua aparência dentária começam cedo, por volta de 8 anos de idade, as crianças têm critérios semelhantes aos dos adultos em relação à auto percepção da imagem corporal. Alterações oclusais podem ocorrer na dentição mista e afetar a autoimagem. Portanto, é importante avaliar a oclusão na dentição mista e dentição permanente precoce, a fim de evitar maiores danos funcionais e psicológicos (KIYAK, 1981; TAUSCHE, LUCK e HARZER, 1994).

De acordo com AGOU *et al.* (2008), a autoestima é um fator determinante em crianças que procuram tratamento ortodôntico. Isso significa que o perfil psicológico da criança pode influenciar no impacto social e emocional da maloclusão, sugerindo o autor que atributos psicológicos devem ser considerados ao se avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal em Ortodontia. Conforme Sardenberg *et al.* (2013), há uma falta de estudos sobre o impacto da maloclusão na dentição mista. Especialmente em falta são os estudos que tratam dos fatores psicossociais que influenciam a procura de tratamento ortodôntico. (SARDENBERG *et al.*, 2013)

Sob o ponto de vista sociológico, a necessidade e desejo de atingir uma imagem culturalmente aceitável, e o desejo de atingir padrões de estética dentária são os principais motivos para a busca do tratamento ortodôntico, segundo MANDALL *et al.* (1999)

A qualidade de vida pode ser definida como multidimensional, pois inclui a interação social, o funcionamento físico e emocional da criança e do adolescente e, quando indicado, de sua família, devendo ser um parâmetro sensível às alterações que ocorram no evoluir do desenvolvimento do indivíduo (BRADLYN *et al.*, 1996). Para crianças e adolescentes, qualidade de vida pode significar “o quanto seus desejos e esperanças se aproximam do que realmente está acontecendo”. Também reflete “sua prospecção, tanto para si, quanto para os outros” e “é muito sujeita a alterações sendo influenciada por eventos cotidianos e problemas crônicos” (HINDS, 1990).

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em criança reflete-se na percepção dos pacientes sobre sua saúde bucal e com isso pode melhorar a comunicação entre pacientes, pais e a equipe odontológica (WEINTRAUB, 1998). Isto permite um melhor entendimento das consequências do estado de saúde bucal na vida da criança e da vida da sua família (HOLT, 2001), podendo ainda ajudar na priorização de cuidados e estimar a consequência das estratégias de tratamento e iniciativas (SHEIHAM *et al.*, 1982).

Devido a pouca oferta de estudos na literatura sobre maloclusões na dentição mista, este trabalho tem como objetivo avaliar o impacto das maloclusões na qualidade de vida de crianças de oito a dez anos de idade, no município de Florianópolis-SC.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Marques *et al.* (2005) desenvolveram um estudo com o objetivo de determinar a prevalência da maloclusão em escolares com idades entre 10 e 14 anos residentes em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, e verificar a associação entre necessidade de tratamento ortodôntico e determinados aspectos psicossociais que poderiam ser incorporados aos critérios normativos de modo a contribuir com a decisão para esse tratamento. A amostra foi de 333 crianças e a coleta de dados foi realizada mediante exame clínico bucal realizado por um ortodontista calibrado e questionários dirigidos aos pais e as crianças. O Índice de Estética Dental (DAI) foi utilizado para determinar a necessidade de tratamento ortodôntico. As análises descritiva, bivariada e regressão logística foram realizadas. A prevalência de maloclusão foi de 62%. Quanto aos tipos de maloclusão, apinhamento dental foi o mais prevalente (37,8%), seguido por *overjet* igual ou maior que 4mm (37,5%), espaçamento nos dentes anteriores (35,7%) e diastema mediano igual ou maior que 2mm (13,2%). Dentes ausentes na arcada superior (5,7%), na arcada inferior (2,4%), mordida aberta anterior (3,3%) e sobressaliência mandibular anterior (1,0%) foram as alterações menos prevalentes. De acordo com o DAI, o tratamento ortodôntico foi considerado necessário em 52,3% escolares. Em 25,8% dos adolescentes, o tratamento da maloclusão foi considerado eletivo, o tratamento foi considerado altamente desejável em 13,2% e fundamental em 13,2%. A maioria dos escolares relatou que desejava ser tratado ortodonticamente (87,7%). Segundo a opinião dos pais, verificou-se que 82,9% acreditavam que o filho necessitava de tratamento ortodôntico e 37,7% achavam a estética bucal do filho insatisfatória. Observou-se, ainda, que o alto custo do tratamento ortodôntico foi o principal motivo pelo qual o escolar não estava sendo tratado, segundo relato de 71,5% dos pais. Houve uma associação estatisticamente significante entre a necessidade de tratamento ortodôntico e as variáveis: desejo de tratamento ortodôntico pelo escolar, opinião dos pais sobre a estética bucal dos filhos e necessidade de tratamento ortodôntico percebida pelos pais. Para o autor estes resultados sugerem que fatores psicossociais devem ser considerados na tomada de decisão para o tratamento ortodôntico.

Um estudo transversal realizado por Suliano *et al.* (2005) com 84 crianças entre 6 e 12 anos, avaliou clinicamente, os padrões oclusais e funcionais do sistema estomatognático. O padrão funcional era dividido em respiração e deglutição. Para que este padrão fosse considerado alterado, fazia-se necessário que, no mínimo, uma destas funções estivesse alterada. Para análise oclusal foi considerado normal quando todas as suas relações constituintes (vertical, transversal e ântero-posterior) estavam normais. Nesse sentido, para a

análise vertical foram consideradas: normalidade, mordida em topo, mordida aberta e mordida profunda. Para a análise transversal utilizou os seguintes critérios: normalidade; presença de desvio da linha média; presença de apinhamento dental (superior e/ou inferior); presença de mordida cruzada (posterior uni ou bilateral). Para a análise da relação ântero-posterior, foram consideradas alterações: Classe I com mordida cruzada anterior; Classe I com protrusão dentária; Classe II, 1ª Divisão; Classe II, 2ª Divisão; Classe III. Como resultados os autores obtiveram que 77,3% da amostra apresentaram maloclusões e 72,6% apresentaram padrão funcional alterado; 45,2% apresentaram alterações oclusais verticais; 60,7% alterações transversais e 20,2% alterações ântero-posteriores; 60,7% alterações respiratórias e 47,6% deglutição alterada. Houve associação estatisticamente significativa entre a relação vertical e as duas funções avaliadas ( $p < 0,001$ ) e entre a relação transversal e a função respiratória.

Marques (2005) avaliou 600 adolescentes entre 13 e 15 anos de idade, da rede de ensino municipal de Recife, com o objetivo de determinar a prevalência e a necessidade de tratamento ortodôntico. Para isso a pesquisadora utilizou os aspectos normativos do DAI e do IOTN (DHC) e o aspecto subjetivo da auto percepção da necessidade de tratamento analisada pelo componente estético (AC) do IOTN, além do questionário de satisfação com a saúde e aparência dentárias. Em seus resultados encontrou uma alta prevalência de maloclusão com necessidade de tratamento, sendo 47,5% considerada severa, com tratamento bastante desejável e 5,8% considerada incapacitante, com tratamento obrigatório. Para o índice IOTN (DHC) a porcentagem de indivíduos com necessidade grande e extrema de tratamento foi ainda maior, totalizando 57,2%, sendo 49,7% com grande necessidade e 8,2% com extrema necessidade.

Marques *et al.* (2006) realizou estudo transversal com 333 estudantes entre 10 a 14 anos, sem histórico de tratamento ortodôntico, em Belo Horizonte, Brasil. O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto estético das maloclusões na vida diária dos alunos e testar a associação entre o impacto estético devido a maloclusão e variáveis biopsicossociais. Do total, 90 crianças relataram um impacto estético negativo em suas vidas diárias por causa de maloclusões, 71,5% dos pais responderam que não buscaram tratamento para os filhos devido aos altos custos. Segundo os autores sexo feminino, apinhamento anterossuperior de 2 mm ou mais, necessidades normativas de tratamento considerado eletiva e altamente desejável, auto percepção negativa da estética oral, baixa autoestima, e nível socioeconômico intermediário foram fatores de risco para o impacto estético. Com isso os autores concluíram que, os efeitos estéticos das maloclusões afetam significativamente a qualidade de vida das crianças em idade escolar de Belo Horizonte, Brasil.

Almeida *et al.* (2007) realizaram um estudo com 957 escolares objetivando determinar a prevalência da maloclusão em escolares de 7 a 11 anos, de ambos os gêneros, da rede estadual de ensino, da cidade de Manaus-AM. Além da prevalência, os autores avaliaram possíveis diferenças existentes entre os gêneros e buscaram fornecer dados que pudessem servir de orientação a programas de saúde bucal. O exame definiu informações quanto a: tipo de oclusão, apinhamento dentário, sobressaliência e sobremordida, mordida aberta anterior e posterior, mordida cruzada anterior e posterior, ausência dentária, deglutição, articulação temporomandibular (ATM) e hábitos bucais deletérios. Seus resultados comprovaram a alta prevalência de maloclusão na população com 66% de portadores. Dos 254 escolares com dentição permanente, 48% foram classificados como Classe II, seguido de 45,27% de Classe I e 7% de Classe III. Já a mordida aberta anterior foi verificada para 57 escolares (5,9%). Observou-se que 3,0% possuíam mordida cruzada posterior. A grande maioria não apresentou sobressaliência. Não houve diferença significativa entre os dois gêneros, quanto à prevalência de maloclusão.

Moura e Cavalcanti (2007) realizaram um estudo transversal cuja amostra foi constituída por 88 escolares de 12 anos de escolas municipais de Campina Grande, PB, Brasil. Teve como objetivo determinar a prevalência de cárie dentária e maloclusões dos escolares, tentando verificar uma possível associação entre esses dois problemas de saúde pública. Além disso, procurou verificar a percepção dos escolares em relação à satisfação ao sorrir e dificuldade ao mastigar os alimentos procurando correlacioná-los com a severidade das maloclusões. O exame clínico foi feito por um examinador calibrado, o Índice de Estética Dental (DAI) foi usado para determinar as necessidades normativas de tratamento ortodôntico, e o Índice CPO-D (Dentes Perdido, Cariados e Obturados) para determinar cárie dentária. Outras informações foram coletadas por meio de um questionário, na forma de entrevista estruturada, com perguntas a respeito da satisfação ao sorrir e dificuldade ao mastigar. Como resultados os autores obtiveram que o tratamento ortodôntico foi considerado necessário para 78,4% dos escolares. Em 23,8% das crianças o tratamento da maloclusão foi considerado eletivo, já para 18,2% e 36,4% dos escolares, o tratamento foi considerado altamente desejável e fundamental, respectivamente. 43,2% dos escolares estavam insatisfeitos com seu sorriso e que destes 71,0% apresentavam maloclusões severa/muito severa ( $p < 0,001$ ). Os indivíduos que foram identificados com insatisfação ao sorrir apresentam aproximadamente 3 vezes mais chances de portarem uma maloclusão severa/muito severa do que aqueles satisfeitos com seu sorriso. Ao relacionar o gênero com a severidade das maloclusões observa-se uma associação positiva para o gênero feminino, no

entanto, negativa para o gênero masculino. Não houve interferência estatística para a associação entre dificuldade ao mastigar e a severidade das maloclusões, e entre o Índice CPO-D e a severidade das maloclusões.

Um estudo transversal realizado por O'Brien, Benson e Marshman, (2007) com 147 crianças, que teve como objetivo explorar a validade e confiabilidade do *Child Perceptions Questionnaire* (CPQ) como uma medida de qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) em crianças com idade entre 11-14 anos com má oclusão e também verificar se havia diferença relatada na QVRSB entre três tipos comuns de má oclusão. O CPQ foi desenvolvido para uso em crianças, a limitação desse questionário é que ele não foi produzido especificamente para uso em pacientes com má oclusão. O estudo comparou dois grupos, um grupo de crianças com má oclusão (116 pacientes) prestes a iniciar o tratamento odontológico, e um segundo grupo sem maloclusão (31 pacientes) com Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico (IOTN) 1 e 2, e CPOD (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados)  $\leq 2$ , sem histórico de tratamento ortodôntico. Para inclusão no grupo de maloclusão o adolescente deveria possuir pelo menos uma de três características oclusais: apinhamento dentário anterior de 4mm ou mais, *overjet* maior que 6mm e hipodontia de pelo menos um dente. Os adolescentes responderam ao CPQ11-14 e classificaram seus dentes usando as fotografias do índice de estética IOTN em uma escala de 1 (dentes retos) para 10 (dentes tortos). Como resultado foi obtido que 38,6% das crianças estavam insatisfeitas ou muito insatisfeitas com a aparência de seus dentes. Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos má oclusão e sem maloclusão e o CPQ, os adolescentes com má oclusão tinha significativamente maior pontuação total CPQ, e, portanto, pior QVRSB. Essas diferenças foram significativas para os domínios de saúde emocional e bem-estar social ( $p < 0,001$ ). Não houve diferenças significativas entre os sintomas orais e limitações funcionais dos grupos de má oclusão e sem má oclusão, isto sugere que o impacto mais significativo da má oclusão na qualidade de vida é psicossocial, e não devido a problemas orais ou funcionais. Houve correlações significativas entre a pontuação total do CPQ e bem-estar geral e satisfação do paciente. Não houve diferenças significativas na qualidade de vida entre os três grupos estudados má oclusão, ou seja, crianças com um aumento do *overjet*, apinhamento dos dentes anteriores ou com pelo menos um dente ausente. Os autores concluíram que em relação ao CPQ é necessário o desenvolvimento de uma forma abreviada, mais especificamente relacionada com problemas de má oclusão e que pode ser benéfico para a avaliação da necessidade de tratamento.

Cavalcanti *et al.* (2008) avaliaram a prevalência das maloclusões em escolares de 6 a 12 anos de idade. Realizou-se um estudo transversal com 516 crianças, das quais 260 pertenciam ao sexo masculino e 256 pertenciam ao sexo feminino, no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. Foi avaliada a presença de mordida aberta anterior (MAA), de mordida cruzada anterior e/ou posterior, a relação incisal (sobressaliência e sobremordida) e a relação molar (Classe I, Classe II e Classe III de Angle). A maloclusão estava presente em 80,6% das crianças, não havendo diferenças significativas entre os gêneros. Entretanto, ao se analisar isoladamente cada tipo de alteração oclusal, encontrou-se associação positiva entre a sobremordida e o sexo e entre a MAA e o sexo. A oclusopatia mais freqüente foi a sobressaliência acentuada (48,0%), seguida da mordida cruzada (29,3%) mordida aberta anterior (22,3) e sobremordida.acentuada (20,5). Sendo que a MAA apresentou-se com grau severo em 59,1% dos portadores. Na análise do tipo de mordida cruzada constatou-se que a mais prevalente foi a mordida cruzada posterior (69,3%), seguida da mordida cruzada anterior (19,3%) e a associação da mordida cruzada posterior com a anterior ocorreu em apenas 11,3% dos casos.

Heimer, Katz e Rosenblatt (2008) realizaram um estudo longitudinal com o objetivo de avaliar a relação entre a sucção não nutritiva, hábitos e a presença de MAA, MCP e sua associação com a morfologia facial em Recife. A amostra contou com 287 crianças de 4 anos no início do estudo a 6 anos no final do estudo. Os dados foram obtidos a partir de entrevistas com as mães ou responsáveis e o exame clínico foi realizado por examinadores calibrados. Os resultados revelaram uma redução significativa na MAA e um ligeiro aumento, de 9,1% para 10,4%, na prevalência de MCP. A prevalência da MAA foi maior entre as crianças com hábitos de sucção e sua autocorreção mostrou um nível de 18,8%. Essas características oclusais foram associadas com uma história prévia de hábitos de sucção e a autocorreção da MAA foi associada com cessação dos hábitos de sucção.

Marques *et al.* (2009) realizaram um estudo transversal em Belo Horizonte (Brasil) com 403 estudantes entre 14 e 18 anos. Para verificar o impacto estético das maloclusões foi utilizado Oral Impact on Daily Performances (OIDP). Impacto estético foi considerado quando um participante relatou ter vergonha de sorrir devido à falta de um dente da frente, a posição dos seus dentes (dentes apinhados ou dentes que se projetam para frente), a forma ou o tamanho de seus dentes e deformidades na boca ou face. O Índice de Estética Dental (DAI) foi usado para analisar a presença de maloclusões. Auto percepção da estética dental foi avaliada utilizando Oral Aesthetic Subjective Impact Scale (OASIS) e a autoestima foi avaliada usando Global Negative Self-Evaluation (GSE). Outras variáveis foram avaliadas por

meio de questionários. Como resultados os autores encontraram que noventa e cinco adolescentes (24%) relataram sentir vergonha de sorrir (impacto estético). A regressão logística sugeriu que as seguintes variáveis estavam diretamente envolvidas na auto percepção da maloclusão: apinhamento anterior superior  $\geq 2$  mm, diastema mediano  $\geq 2$  mm, necessidade de tratamento normativo (altamente desejável) e baixo nível econômico. 78,5% dos participantes adolescentes relataram o desejo de usar aparelho ortodôntico e 69% dos pais relataram que seus filhos não estavam em tratamento devido aos altos custos. Segundo os autores, juntamente com a alta prevalência de má oclusão (49%), os resultados oferecem evidências de preocupação e desejo por parte da população de acesso a tratamento ortodôntico. Não foram encontradas associações significativas entre o impacto estético e sexo, faixa etária ou autoestima. Conforme os autores, isto sugere que, nesta fase da vida, os adolescentes percebem o efeito psicológico da maloclusão de uma forma mais homogênea. Com isso os autores concluíram que existem repercussões negativas na vida diária de adolescentes brasileiros com maloclusões que afetam estética dental anterior.

Um estudo realizado por Spalj *et al.* (2009) teve como objetivo investigar as diferenças na percepção da necessidade de tratamento em indivíduos em tratamento ortodôntico, previamente tratados e não tratados. Os dados foram coletados durante um levantamento epidemiológico com 3196, com crianças e adolescentes entre 8 – 19 anos, na Croácia. A necessidade de tratamento objetivo foi avaliada clinicamente usando o Índice de Estética Dental (DAI) e a necessidade de tratamento subjetiva foi estimada separadamente por um residente ortodôntico, com a criança/adolescente e seus pais usando o *Standardised Continuum of Aesthetic Need*. (SCAN Index). Os estudantes preencheram um questionário que tinha cinco perguntas relativas à satisfação com a aparência dental, a importância dos dentes para a aparência facial, e qualidade de vida relacionada com maloclusão (dificuldades na fala, rir sem constrangimento, e contatos com outras pessoas). A correlação de Spearman e regressão logística foram utilizadas para análise estatística. As associações entre necessidade de tratamento ortodôntico objetivo e subjetivo foram fracas, mas estatisticamente significativa. A qualidade de vida relacionada com maloclusão foi pouco associada com necessidade de tratamento. A satisfação com a aparência dos dentes mostrou uma correlação estatisticamente significativa, enquanto importância do alinhamento dentário para a aparência facial e contatos sociais tiveram uma correlação mais fraca, com necessidade de tratamento. A percepção da necessidade de tratamento ortodôntico é maior em indivíduos previamente tratados. Os resultados apresentados indicam uma correlação moderada entre o exame clínico objetivo (DAI) e a avaliação subjetiva (SCAN) e uma fraca correlação entre o



DAI e as avaliações dos pais e das crianças. Os resultados deste estudo mostram que a má oclusão tem mais impacto no bem-estar emocional do que na função ou interação social, ao passo que a percepção dos pais tem um valor preditivo baixo.

Estudo transversal realizado por Anosike, Sanu e da Costa (2010) na faixa etária dos 12 aos 16 anos em Lagos, Nigéria, teve como objetivo avaliar as necessidades de tratamento ortodôntico em escolares nigerianos e o impacto da má oclusão na qualidade de vida. Foi administrado um questionário pré-estruturado, e realizado um exame clínico. O status oclusal foi avaliado para cada indivíduo usando o Índice de Estética Dental (DAI). Oral Health Impact Profile (OHIP-14) foi usado para avaliar a QVRSB. A amostra total foi de 410 alunos. Espaçamentos generalizados e diastema de linha média foram observados em 59% e 31%, respectivamente e apinhamento dental em 43% das crianças em idade escolar. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos. Mais de um terço da população do estudo não precisou de tratamento, o tratamento era obrigatório em 24,3%, eletivo em 21%, e altamente desejável em 17%. As condições orais não impactaram a qualidade de vida de 85,3% da amostra de estudo. Analisando os componentes do DAI separadamente, houve associação entre impacto na QV e a ausência de dentes, diastema e irregularidade maxilar e mandibular.

Um estudo realizado por Peres *et al.* (2011) objetivou avaliar a relação entre a maloclusão e a auto percepção da aparência/função bucal em adolescentes brasileiros de 12 a 15 anos de idade. A amostra foi constituída por 717 adolescentes de 30 escolas públicas de Maringá, Paraná. A maloclusão foi medida por meio do Índice de Estética Dental (DAI), de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde. O exame clínico foi realizado por um examinador previamente calibrado. Antes de cada exame as crianças realizavam escovação supervisionada. Foi aplicado um questionário aos pais para coletar informações sobre o nível de percepção estética e as variáveis relacionadas à saúde bucal. Todos os adolescentes receberam um questionário semiestruturado que deveria ser respondido de acordo com sua auto percepção e estética percebida de maloclusão. O objetivo deste questionário era coletar informações sobre a capacidade da fala, capacidade de mastigação e de relato de dor. Para análise de dados foi usado o teste do qui-quadrado com 5% de significância para testar a influência de variáveis independentes (mordida aberta, dentes faltando, apinhamento, espaçamento, linha média diastema, irregularidade maxilar, irregularidade mandibular, *overjet* maxilar, mandibular *overjet*, relação molar e sexo) nas variáveis dependentes (capacidade da fala, capacidade de mastigação e relatório de dor). A regressão logística múltipla confirmou que para 12 anos, os dentes ausentes e a presença de

mordida aberta foram indicadores de risco na capacidade de fala. Com relação aos 15 anos, a presença de *overjet* mandibular foi um indicador de risco para a capacidade de fala e a relação molar foi um indicador de risco para a capacidade mastigatória. Estes resultados indicam que a DAI pode identificar características oclusais desviantes, o que sugere que os programas comunitários que envolvam o tratamento ortodôntico devem leva-lo em consideração. As respostas ao questionário indicaram que os adolescentes da amostra relataram uma estética agradável como um fator importante para bem-estar psicossocial. Em geral, este estudo mostrou que o tratamento ortodôntico deve ser aceito como uma parte importante do serviço de saúde, especialmente devido ao impacto psicológico da maloclusão na autoestima. Estes resultados destacam a importância da introdução de uma medida de percepção do impacto estético de maloclusão, além de medir necessidade normativa de tratamento ortodôntico.

Góis *et al.* (2012) realizaram um estudo longitudinal por um período de 5 anos com escolares entre 8 e 11 anos de idade, para determinar a incidência de maloclusão e verificar a hipótese de que indivíduos com maloclusão prévia são mais propensos a manter as mesmas características na transição da dentição decídua para a mista. A amostra final foi composta por 212 crianças (119 com má oclusão e 93 sem má oclusão). Os participantes que apresentaram maloclusão na dentição decídua tiveram um risco 1,4 vezes maior de ter maloclusão na dentição mista do que os participantes sem maloclusão prévia. A prevalência de maloclusão na dentição decídua e mista foi de 36,3% e 17% para a MAA, 19,3% e 26,4% para a MCP, e 33% e 33,5% para *overjet* acentuado, respectivamente. Uma associação estatisticamente significativa foi encontrada na análise univariada entre as dentições decídua e mista para MAA, MCP e *overjet* acentuado ( $p < 0,001$ ). As crianças com MAA prévia apresentaram 70,1% de autocorreção na dentição mista. Por outro lado, as crianças que possuíam MCP na dentição decídua tiveram um risco 7,5 vezes maior de reter essa maloclusão na dentição mista, com novos casos ocorrendo em 20 crianças. Da mesma forma, as crianças com *overjet* superior a 3 mm na dentição decídua tiveram um risco 5,2 vezes maior de reter essa maloclusão na dentição mista. Foi ainda confirmado que o tempo de sucção de chupeta desempenhou um papel significativo na correção espontânea da MAA. Dados na literatura mostram que a MAA tende a desaparecer quando o hábito é abandonado, mas o mesmo não ocorre com a MCP e maloclusão Classe II com acentuado *overjet*.

Estudo transversal realizado por Moura *et al.* (2013) investigou a associação entre insatisfação com sorriso e as alterações oclusais encontrados em estudantes com idades entre 12-16 anos para testar a hipótese de que este parâmetro subjetivo está associado com a gravidade da má oclusão. Os dados foram coletados por meio de um questionário padronizado

e o Índice de Estética Dentária (DAI) foi usado para analisar a presença das maloclusões. Dos 1290 estudantes entrevistados e examinados, em Campina Grande (Paraíba, Brasil), 539 (41,8 %) estavam insatisfeitos com o seu sorriso; destes, 373 (69,2 %) atribuíram a insatisfação com a presença de uma anormalidade oclusal, e 166 (30,8 %) relataram outras razões que não as anormalidades oclusais para a auto percepção negativa do seu sorriso. Dos adolescentes que estavam insatisfeitos com seu sorriso devido a problemas oclusais, 170 (45,6%) tinham 12 anos de idade e segundo os autores, uma hipótese seria porque havia mais alunos nessa faixa etária registrados na escola e o fato de que, nessa idade, nem todos os dentes surgiram totalmente. Os autores concluíram que irregularidade anterior maxilar igual ou maior que 2 mm, espaçamento incisal, mordida aberta vertical superior ou igual a 2 mm, irregularidade mandibular anterior maior ou igual a 2 mm, a falta de dentes superiores e diastema incisal foram diretamente associados em ordem descendente, com a insatisfação do sorriso. E a auto percepção negativa do sorriso foi associada com a gravidade das anormalidades oclusais, com base na associação estatisticamente significativa entre o parâmetro subjetivo e os valores do DAI.

Paula *et al.* (2012) realizaram um estudo com objetivo de investigar a influência de condições clínicas, situação socioeconômica, ambiente familiar de crianças e percepções subjetivas de pais e filhos sobre a saúde geral e bucal e qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) de escolares. A amostra foi composta por 515 alunos, com 12 anos de idade em escolas públicas (70,5%) e particulares (29,5%) da cidade de Juiz de Fora, Brasil. Os escolares foram clinicamente examinados para verificar presença de lesões de cárie (CPO-D), trauma dental, defeitos de esmalte, condição periodontal, o tratamento dental e necessidade de tratamento ortodôntico (DAI - Índice de Estética Dental). Os participantes responderam ao *Child Perceptions Questionnaire* (CPQ11-14) e um questionário sobre o ambiente familiar. Foram feitas perguntas sobre a presença de doenças gerais e auto percepção do seu estado de saúde geral e bucal. Além disso, foi enviado um questionário aos pais perguntando sobre seu status socioeconômico e as percepções sobre a saúde geral e bucal de seus filhos. Como resultado os autores obtiveram que 125 (24,3%) crianças apresentaram necessidade de tratamento ortodôntico; a ocorrência de cárie estava presente 16,5%; a prevalência de sangramento em 12,82%. Apenas 17 (3,3%) escolares não sentiu nenhum impacto sobre QVRSB, com escore CPQ11-14 de zero. O teste do qui-quadrado foi utilizado para comparações entre proporções. Após o ajuste para possíveis fatores de confusão, as variáveis foram incluídas em uma regressão multivariada de Poisson. Verificou-se que as variáveis: auto percepção do estado de saúde bucal da criança; renda familiar mensal; gênero,

necessidade de tratamento ortodôntico, escolaridade da mãe; número de irmãos, e superlotação domiciliar mostraram um forte efeito negativo sobre QVRSB dos escolares. Os autores concluíram que é muito importante considerar as dimensões funcionais e psicossociais da saúde bucal para a implementação e avaliação das intervenções de saúde bucal coletiva.

Conforme Ramos-Jorge *et al.* (2012) o CPQ (*Child Perceptions Questionnaire*) é uma medida que avalia o impacto da condição bucal na qualidade de vida no mês anterior entre crianças de 8-10 anos e nos últimos 3 meses entre crianças com idade entre 11-14 anos. O CPQ contém perguntas sobre os sintomas orais, limitações funcionais, bem-estar emocional, bem-estar social, saúde bucal global e o grau em que as condições de saúde bucal afetam o bem-estar geral. Um estudo *cross-over* randomizado foi realizado por Ramos-Jorge *et al.*, envolvendo 180 crianças (Grupo 1 - 90 crianças entre 8 e 10; Grupo 2 - 90 crianças entre 11 e 14 anos de idade), no estado de Minas Gerais, Brasil. Todas as crianças completaram ambos os modos de administração do CPQ; metade de cada grupo recebeu o modo administrado pelo entrevistador primeiro, e a outra metade realizou o modo auto administrado em primeiro lugar. Como resultado os autores obtiveram que tanto a versão auto administrada e a administrada pelo entrevistador do CPQ8-10 e CPQ11-14 demonstraram propriedades psicométricas aceitáveis e um alto nível de concordância (concordância entre os modos de administração para a CPQ8-10 e CPQ11-14 foi de 0,90 e 0,88 TPI, respectivamente). Com exceção do domínio limitação funcional, a pontuação dos outros domínios e escore global sobre o CPQ8-10 foram significativamente maiores no grupo de crianças que responderam à versão administrado pelo entrevistador primeiro. Com o CPQ11-14, as diferenças estatisticamente significativas foram encontradas somente para domínio bem-estar emocional. Pesquisas futuras devem ser feitas para desenvolver versões que são apropriados para o modo auto administrado, oferecendo uma explicação de termos técnicos e de *layout* de fácil utilização, com instruções claras. Tais medidas, certamente, melhorariam a utilização de questionários em uma grande amostra populacional de crianças.

Brizon *et al.* (2013) realizaram um estudo transversal analítico com dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SBBrasil 2010. Esse levantamento epidemiológico analisou as condições de saúde bucal da população brasileira, examinou no total 37.519 indivíduos e a presença de maloclusão foi registrada pelo Índice de Estética Dental (DAI), categorizado como: normal, definida, severa e muito severa. O objetivo deste estudo transversal foi avaliar a associação entre a prevalência de maloclusão em crianças aos 12 anos de idade com variáveis individuais e contextuais. Foram avaliados 7.328 crianças aos 12 anos de idade, com uma perda amostral de 8,4%. Como resultado os autores relataram que maior parte dos

examinados 76,1% morava nas capitais, basicamente metade 51,3% tinha alguma necessidade de tratamento, 75% provinham de famílias com renda mensal até R\$ 1.500,00, menos de 5% provinham de famílias onde o responsável cursava ou tinha título universitário. Quanto às variáveis de saúde, 23,7% informavam ter sentido dor de dente nos últimos seis meses, 81,6% tiveram acesso ao dentista, a maioria 60,1% estava satisfeita com sua dentição, enquanto problemas relacionados à dificuldade, incômodo ou vergonha em relação aos dentes e ambiente oral foram pouco prevalentes. Em relação às variáveis contextuais, a maioria dos participantes 62,5% morava em cidades com alto índice de desenvolvimento socioeconômico. Os autores observaram que as crianças do sexo masculino, de menor renda, que consultaram o dentista, com menor satisfação com a boca e os dentes e com vergonha de sorrir apresentaram maior média no escore do índice de maloclusão, e também as cidades com mais famílias recebendo o Bolsa Família, com menores IDSUS (Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde) e menor PIB *per capita* (Produto Interno Bruto) foram associadas à severidade da maloclusão. Segundo os autores a maior severidade de maloclusão naquelas crianças que afirmaram ter menor satisfação com a boca e com os dentes e sentir-se envergonhadas ao sorrir, sugere que, se pode prever a auto percepção da necessidade de tratamento ortodôntico entre crianças por meio da severidade da má oclusão. Isto é, a auto percepção em crianças deve ser vista como de fundamental importância na compreensão do impacto da maloclusão em sua vida diária, especialmente em relação às limitações funcionais e ao bem-estar psicossocial, uma vez que se valoriza muito a aparência física.

Um estudo realizado por Leme, Barbosa e Gavião (2013) teve como objetivo avaliar a influência de hábitos orais sobre as funções orofaciais e qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) em crianças, além de verificar a existência de associação entre disfunções orofaciais e QVRSB em grupos com e sem hábitos orais. A amostra final foi composta por 328 crianças, de 8 a 14 anos, de quatro escolas públicas de Piracicaba, SP, Brasil, que foram selecionados por sorteio. As funções orofaciais foram avaliadas usando o protocolo *Nordic Orofacial Test-Screening* (NOT-S), traduzido e adaptado culturalmente para o Português Brasileiro. Este consiste de uma entrevista estruturada e um exame clínico. Cada parte tem seis domínios. Na entrevista, as seguintes funções foram avaliadas: Função Sensorial, Respiração, Hábitos, Mastigação e Deglutição, Salivação e Secura da Boca. No exame clínico avaliou-se: Face em Repouso, Respiração Nasal, Expressão Facial, Músculos Mastigatórios e Função Mandibular, Função Motora Oral e Fala. Cada domínio contém de 1 a 5 itens, o que reflete a complexidade da função em questão. A pontuação total é a soma da pontuação para cada domínio, que varia de 0 a 12. Os tipos de hábitos orais registrados foram: roer unhas;

morder ou chupar o lábio, língua, bochecha ou outros objetos; sucção digital ou de chupeta, apertar ou ranger os dentes. A QVRSB foi avaliada utilizando o *Child Perceptions Questionnaire* (CPQ8-10 e CPQ11-14). A maioria dos pacientes apresentou pelo menos um hábito oral e foram incluídos no grupo Hábito, com uma prevalência maior no sexo feminino. As pontuações do NOT-S, CPQ8-10 e CPQ11-14 foram mais altas no grupo Hábito. Crianças com hábitos orais apresentaram maior comprometimento da função sensorial do que as crianças do grupo Sem hábito. As pontuações do NOT-S foram correlacionadas positivamente com as pontuações do CPQ8-10 e CPQ11-14 apenas no grupo Hábito. Hábitos bucais deletérios podem estar relacionados a fatores emocionais e/ou psicológicos, particularmente roer as unhas, que foi o hábito mais prevalente no presente estudo. Os autores concluíram que os hábitos orais podem afetar QVRSB e que as disfunções orofaciais foram associadas com pior QVRSB em indivíduos com hábitos orais.

Sardenberg *et al.* (2013a) realizaram um estudo transversal, com uma amostra de base populacional de 1.204 crianças de 8 a 10 anos em escolas públicas e particulares de Belo Horizonte (BH), Brasil. A avaliação clínica de maloclusão foi realizada através do DAI (Índice de Estética Dental) por examinadores calibrados. O critério para diagnóstico de cárie foi o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (OMS). O impacto sobre a qualidade de vida relacionada à saúde oral (QVRSB) foi medido pela versão brasileira do CPQ8-10 (Child Perceptions Questionnaire) e para a análise estatística foi classificado como de baixo impacto CPQ8-10 menor ou igual a 10 ou alto impacto CPQ8-10 maior que 10. Foi enviado aos pais/responsáveis um questionário abordando dados demográficos. O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) foi utilizado para a determinação da condição socioeconômica. Os autores obtiveram como resultado 388 (32,2%) crianças com maloclusão, 278 (23,1%) com carie dental, a maioria das crianças vivia em áreas de baixa vulnerabilidade social (63,0%), tinha uma renda familiar mensal igual ou inferior a dois salários mínimos (49,2%), pais/responsáveis com 12 anos de escolaridade (75,0%), e vivia em uma casa com até quatro residentes (60,0%). O impacto negativo sobre QVRSB foi associado significativamente com a presença de maloclusão, cárie dentária, e baixos fatores socioeconômicos. A análise bivariada demonstrou que a maioria dos tipos de maloclusão não foram significativamente associados com QVRSB. No entanto, foram encontradas associações significativas para o espaçamento do segmento anterior e *overjet* mandibular anterior. Os autores encontraram que as crianças em idade escolar com maloclusão eram 1,30 vezes mais propensas a sofrer um impacto negativo sobre QVRSB do que aquelas sem maloclusão, e as crianças pertencentes a famílias com renda inferior ou igual a dois salários mínimos eram 1,59 vezes mais propensas a sofrer

um impacto negativo sobre QVRSB do que aquelas pertencentes a famílias com uma maior renda.

Sardenberg *et al.* (2013b) realizaram um estudo caso-controle de base populacional aninhado em um estudo transversal em escolas públicas e particulares da cidade de Belo Horizonte, Brasil. Teve como objetivo avaliar o efeito da má oclusão sobre a qualidade de vida relacionada à saúde oral (QVRSB) em escolares brasileiros com idade entre 8 e 10 anos. Um estudo transversal representativo foi realizado com 1204 escolares. O impacto sobre QVRSB foi medido utilizando a versão brasileira do CPQ8-10, foi enviado um questionário aos pais/cuidadores que abordaram dados demográficos, a percepção dos pais/cuidadores a respeito da saúde geral e bucal do seu filho, e o impacto psicossocial da aparência dental sobre a criança. O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) foi utilizado para a determinação da condição socioeconômica. Os exames bucais foram realizados na escola por examinadores calibrados. O DAI (Índice de Estética Dental) foi usado para diagnóstico de maloclusões. Traumatismo dentário (TD) e cárie dentária foram incluídos no exame clínico e tratados como variáveis de confusão devido ao fato de que estas condições podem exercer uma influência sobre QVRSB. O CPOD (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados) foi utilizado para verificar presença de cárie, e a Classificação Andreasen (1994) foi usada para TD em incisivos. Para cada criança do grupo caso, quatro crianças foram selecionadas para o grupo controle, pareadas por sexo e tipo de escola (pública ou privada). A probabilidade de maloclusão entre os controles foi ajustada para 50,0%. A amostra final envolveu 102 casos e 408 controles, as crianças do grupo caso foram selecionados entre as 387 crianças que tiveram grande impacto na QVRSB e os controles foram selecionados a partir de 412 crianças que tiveram baixo impacto no QVRSB. Entre as 510 crianças incluídas no estudo, 54,9% eram meninas e 45,1% eram meninos. A maioria das crianças de ambos os grupos estavam matriculados em escolas públicas (75,5%). A prevalência de má oclusão foi de 28,8%. Além disso, 34,5% das crianças receberam uma má avaliação da saúde bucal pelos pais/cuidadores. As diferenças estatisticamente significativas entre os grupos caso e controle foram encontrados em relação *overjet* maxilar anterior, falta de dentes, apinhamento, espaçamento segmento anterior e da relação molar. Crianças com maloclusão tiveram chance 4,2 vezes maior de serem atribuídas ao grupo caso do que crianças sem má oclusão. Além disso, as diferenças estatisticamente significativas entre os grupos foram encontradas em relação à idade da criança, presença de cárie, vulnerabilidade social, escolaridade dos pais/responsáveis, avaliação dos pais em relação à saúde geral e bucal da criança, a insatisfação com a posição dos dentes de seus filhos, a satisfação da criança com o sua aparência dental e a raiva da criança com

comentários sobre seus dentes. As crianças eram mais propensas a ter um impacto negativo sobre QVRSB quando os pai/cuidadores avaliaram a sua saúde geral e bucal como ruim e quando eles acreditavam que seu filho estava recebendo um impacto psicossocial devido a sua aparência dental. Segundo o autor dar ênfase para ambas as percepções, das crianças e dos pais em relação à saúde bucal de seus filhos podem contribuir para o desenvolvimento de protocolos sobre as necessidades de tratamento ortodôntico.

Segundo Ramos-Jorge *et al.* (2015) a mordida aberta anterior (MAA) está associada com um impacto negativo na qualidade de vida entre crianças e suas famílias, conforme estudo transversal realizado, envolvendo 451 crianças de 3 a 5 anos de idade em Minas Gerais, Brasil. Estudo que teve como objetivo avaliar a associação entre diferentes tipos de má oclusão e o impacto na qualidade de vida entre pré-escolares e suas famílias. As maloclusões foram classificadas segundo critérios propostos por Foster e Hamilton, os pais responderam ao ECOHIS (Escala de Impacto de Saúde Bucal na Primeira Infância) para avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) e a um questionário sobre características socioeconômicas e demográficas. A prevalência de má oclusão foi de 28,4%. As condições mais frequentes foram: mordida cruzada posterior 20,4%, MAA 9,5% e *overjet* acentuado 8,4%. Uma associação significativa foi encontrada entre MAA e QVRSB. A análise ajustada confirmou a associação entre MAA e um impacto negativo na qualidade de vida. Portanto, conforme os autores, é importante que os pais percebam as limitações funcionais associadas com a MAA, tais como dificuldade em comer e pronunciar palavras, já que essa maloclusão pode permanecer na dentição mista.

Um estudo transversal realizado por Schuch *et al.* (2015) objetivou investigar o impacto de variáveis clínicas e psicossociais na qualidade de vida relacionada à saúde oral (QVRSB) de escolares brasileiros. Foram avaliadas 750 crianças entre 8 e 10 anos de escolas públicas e privadas de Pelotas/RS - Brasil. Foram aplicados questionários aos pais para obter características socioeconômicas, e as crianças foram entrevistados utilizando o CPQ8-10, o medo de dentista foi avaliado por meio do Questionário de Ansiedade Dental (DAQ). O exame clínico foi realizado por CDs previamente calibrados. A avaliação inicial da condição periodontal foi feita através do Índice de Placa Dentária (DPI), o índice CPOD (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados) foi utilizado para avaliar a presença de cáries dentárias, as maloclusões foram avaliados através do Índice de Estética Dental (DAI), o Índice O'Brien foi utilizado para avaliar a presença de trauma dental, a fluorose foi avaliada por meio do Índice de Dean, e os defeitos de esmalte foram avaliados por meio do Índice de FDI. As pontuações do CPQ variaram de 0 a 68, com uma média de 14,11. Bem-estar emocional foi o domínio



com maior variação (0-20), e o domínio sintomas orais teve a maior média (5,14). As características demográficas e socioeconômicas que foram associados com QVRSB foram: cor da pele, com crianças de pele não branca que apresentam pontuações CPQ mais elevada, escolaridade materna, com as crianças cujas mães tinham menos de 8 anos de escolaridade relatando pior QVRSB, e renda familiar, com crianças de famílias de baixa renda que apresentaram pontuação mais elevada. A estrutura familiar e aglomeração domiciliar também foram associadas com CPQ: crianças de famílias não nucleares e de habitação superlotada relataram QVRSB prejudicada, em comparação com os seus homólogos. Além disso, crianças que relataram medo de dentista e que tinha experimentado dor dentária nos últimos seis meses apresentaram pontuação de CPQ maior. O auto relato de trauma dental parece estar associado com um pior impacto sobre QVRSB, bem como a experiência da cárie dentária e a presença de dentes cariados no momento do exame dentário. Além disso, crianças com maloclusão severa tiveram escores mais elevados de CPQ. Os autores concluíram que a presença de maloclusão severa, impactou significativamente na qualidade de vida das crianças. Mas após análise de regressão linear a maloclusão não foi associada com maiores escores do CPQ. As maiores pontuações do CPQ encontrados neste estudo para crianças com dor e medo sugerem que esses fatores podem influenciar a qualidade de vida.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1. Objetivo geral

O objetivo deste trabalho foi verificar o impacto das maloclusões na qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças de 8 a 10 anos de idade regularmente matriculadas em escolas públicas municipais de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

#### 3.2. Objetivos Específicos

- ✓ Associar qualidade de vida com sexo, idade, renda familiar, escolaridade dos pais, maloclusão (DAI), mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior, *overjet* maxilar, *overjet* mandibular.
- ✓ Associar mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior, *overjet* maxilar, *overjet* mandibular com sexo e idade;
- ✓ Verificar a ocorrência de mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior, *overjet* maxilar, *overjet* mandibular e da maloclusões conforme o DAI.
- ✓ Associar o número de maloclusões em uma criança com QVRSB.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Delineamento Da Pesquisa**

Foi realizado um estudo transversal em escolares entre 8 a 10 anos de idade, regularmente matriculados em escolas públicas municipais da cidade de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

### **4.2 Considerações Éticas**

Este projeto de pesquisa foi enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual de Santa Catarina (UDESC), sob o parecer, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 10 de outubro de 1996. A coleta de dados foi iniciada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e do Termo de Assentimento Informado (APÊNDICE B) pelos pais e/ou responsáveis para a participação das crianças na pesquisa.

### **4.3 Seleção Da Amostra**

A amostra foi composta por 200 escolares selecionados aleatoriamente, de ambos os sexos sem distinção de cor ou condição socioeconômica.

Foram incluídos na amostra:

- Crianças regularmente matriculadas nas escolas públicas da cidade de Florianópolis, SC, cujos pais e/ou responsáveis concordaram com a participação no estudo;
- Crianças na faixa etária de 8 a 10 anos, de ambos os gêneros.

Foram excluídos da amostra:

- Crianças que fazem uso de medicamentos que interferem no sistema nervoso central;
- Crianças não alfabetizadas, devido à necessidade de leitura e compreensão do questionário adotado;
- Crianças em tratamento ortodôntico.

#### 4.4 Estudo Piloto

O estudo piloto foi realizado no Colégio de Aplicação da UFSC com 30 estudantes e teve como objetivo testar a metodologia e realizar a calibração dos examinadores e anotadores. As crianças responderam ao *Child Perceptions Questionnaire* (CPQ 8-10) (ANEXO A) após a leitura do mesmo pelo Cirurgião-dentista, e o Questionário Socioeconômico (ANEXO B) foi enviado para os pais das crianças responderem em casa.

#### 4.5 Coleta dos Dados Clínicos

O estudo abrangeu três etapas. A primeira consistiu na entrega dos TCLEs e entrega do questionário destinado aos pais, a segunda etapa foi a aplicação do questionário de QVRSB e a terceira foi o exame clínico.

A coleta de dados do exame clínico foi constituída por um exame clínico da criança para detectar a presença de maloclusão através do Índice de Estética Dental (DAI). As crianças foram examinadas por quatro cirurgiões dentistas calibrados inter e intra-examinadores e adequadamente paramentados usando equipamentos de proteção individual (máscaras, gorros, luvas e óculos de proteção). Para a coleta de dados foi utilizada a ficha clínica (APÊNDICE C), essa foi preenchida com os dados de identificação de cada indivíduo participante e as informações fornecidas pelo exame clínico. Para realização dos exames, as crianças foram deslocadas para uma sala disponibilizada pela própria escola com boa iluminação natural e artificial (lanterna de cabeça com luz LED). As crianças foram acomodadas em cadeiras posicionadas de frente para o examinador. Os materiais utilizados para o exame clínico foram espelhos clínicos, sonda milimetrada (OMS) e cursores de borracha devidamente esterilizados.

O DAI é composto por dez componentes que estão dispostos em três grupos: dentição, espaço e oclusão (ARAÚJO, 1986), sendo determinados quanto à sua ausência ou presença, e outros que são medidos milimetricamente com uma sonda periodontal CPI (OMS) (PLANAS, 1987). Sabendo que o DAI não considera mordida cruzada posterior, este tipo de maloclusão foi acrescido ao índice. Resultados iguais ou inferiores a 25 representam oclusão normal ou maloclusão leve, sem necessidade de tratamento ou com pequeno grau de necessidade de tratamento. Valores entre 26 e 30 representam maloclusão estabelecida ou moderada, onde o tratamento é desejável, enquanto que resultados entre 31 e 35 caracterizam maloclusões

severas, em que o tratamento é altamente desejável. Quando o valor do DAI é superior a 36, a malocclusão é considerada muito severa, ou limitante, e o tratamento é imperativo (MARQUES, 2005; BERNABÉ, 2006). Neste trabalho o DAI foi dicotomizado em “presente” quando  $DAI > 25$  e “ausente” quando  $DAI \leq 25$  (SARDENBERG *et al.*, 2013a).

Além do DAI, as maloclusões analisadas separadamente foram mordida aberta anterior (MAA), *overjet* maxilar, *overjet* mandibular e mordida cruzada posterior (MCP). O DAI que é preconizado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) considera como MAA à ausência de sobreposição vertical entre qualquer um dos pares de incisivos opostos, com a medição realizada pela sonda periodontal paralela aos dentes anteriores, que foi dicotomizada entre “ $\leq 2\text{mm}$ ” e “ $> 2\text{mm}$ ” (SARDENBERG *et al.*, 2013a).

*Overjet* maxilar anterior foi medido com os dentes em oclusão cêntrica, utilizando-se a sonda CPI, posicionada em plano paralelo ao plano oclusal. O *overjet* é a distância, em milímetros, entre as superfícies vestibulares do incisivo superior mais proeminente e do incisivo inferior correspondente. O *overjet* maxilar não é registrado se todos os incisivos (superiores) foram perdidos ou se apresentam mordida cruzada lingual. Quando a mordida é do tipo “topo-a-topo” o valor é “0” (zero) (SB Brasil, Manual do examinador, 2001). O *Overjet* foi dicotomizado em “ $\leq 4\text{mm}$ ” e “ $> 4\text{mm}$ ” (SARDENBERG *et al.*, 2013a).

*Overjet* mandibular anterior é caracterizado quando algum incisivo inferior se posiciona anteriormente ou por vestibular em relação ao seu correspondente superior. A protrusão mandibular é medida com a sonda CPI e registrada em milímetros. Os procedimentos para mensuração são os mesmos descritos para o *overjet* maxilar (SB 2000, 2001). O *overjet* mandibular foi dicotomizado em “presente” quando  $\geq 1\text{mm}$  ou “ausente” quando  $= 0\text{mm}$  (PERES *et al.*, 2011).

A mordida cruzada posterior (MCP) é considerada a relação anormal, vestibular ou lingual de um ou mais dentes da maxila, com um ou mais dentes da mandíbula, quando os arcos dentários estão em relação cêntrica (HANSON, BARNARD e CASE, 1970). A MCP foi categorizada em “ausente” ou “presente” (unilateral ou bilateral) (FERNANDES, AMARAL e MONICO, 2007).

#### 4.6 Coleta dos Dados Não Clínicos

Foram utilizados o questionário socioeconômico e o *Child Perceptions Questionnaire* (CPQ).

O Questionário socioeconômico foi enviado na agenda escolar das crianças para os pais/responsáveis responderem. Foi usado o Critério Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2015) para caracterização socioeconômica. O questionário é composto por questões sobre o grau de instrução do chefe de família, quantos itens a família possui e acesso a serviços públicos. Duas variáveis foram extraídas do questionário socioeconômico: a renda que foi dicotomizada em: “< 2 salários mínimos” e “≥ 2 salários mínimos” (2 salários mínimos = R\$ 1.576,00) (CARVALHO et al., 2014); e a escolaridade do chefe da família, dicotomizada em: “≤ 8 anos completos de estudo” e “> 8 anos completos” (ANTUNES et al., 2015).

O CPQ foi utilizado com o objetivo de se obter a auto percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças de 8 a 10 anos de idade. Sendo aplicado através de entrevista coletiva, em um local disponibilizado pela escola, com mesas e cadeiras. Um pesquisador fazia a leitura das questões e cada aluno respondia individualmente, 15 a 20 minutos era o tempo médio para responder ao questionário. O CPQ contém 25 perguntas sobre os sintomas orais (5 questões), limitações funcionais (5 questões), bem-estar emocional (5 questões), bem-estar social (5 questões) (RAMOS-JORGE *et al*, 2012). As respostas são graduadas numa escala Likert de 5 pontos, com as opções: " Nenhuma vez = 0 ", "Uma ou duas vezes = 1, "Às vezes = 2", "Muitas vezes = 3" e "Todos os dias ou quase todos os dias = 4". As pontuações de cada questão devem ser somadas, e podem variar de 0 a 100, sendo que uma pontuação maior indica um maior impacto na QVRSB (JOKOVIC et al., 2004).

A Teoria de Resposta ao Item (TRI) foi utilizada para validar e explorar as propriedades psicométricas do questionário de QVRSB (FRANCISCO, SUNDEFELD e MOIMAZ, 2012; YAU et al., 2015). A TRI investiga e pressupõe as questões que estão mais associadas com impacto na QVRSB.

Para a aplicação da Teoria de Resposta ao Item, foi utilizado o Software SKF Multilog (Multilog® - San Diego, CA), criando quatro categorias para a QVRSB, sendo: sem impacto, pouco impacto, impacto e muito impacto. Conforme a pontuação obtida por cada criança, foi possível dispô-las numa escala de intensidade. Os níveis de corte elegidos para a classificação do impacto na QVRSB foram: sem impacto [1,0 - 3,0); pouco impacto [3,0 - 5,0); impacto [5,0 - 7,0) e muito impacto [7,0 - 11,0], sendo as três últimas agrupadas. A TRI foi dicotomizada então, em “sem impacto” [1,0 - 3,0) e “impacto” [3,0 - 11,0].

#### **4.7 Análise dos Dados**

A análise dos dados envolveu estatística descritiva utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 21.0 (SPSS). Nível de significância de 5%, e o intervalo de confiança foi de 95%. O modelo de Regressão de Poisson foi realizado para testar a independência da associação entre o desfecho (QVRSB) e as variáveis independentes (sexo, idade, renda familiar, escolaridade dos pais, maloclusão (DAI), mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior, *overjet* maxilar, *overjet* mandibular) ( $p < 0,05$ ). Todas as variáveis independentes entraram no modelo para análise bruta. Considerou-se um p-valor  $< 0,20$  para análise ajustada. Como nenhuma variável obteve este valor o modelo foi encerrado. Também foi utilizado o Teste exato de Fisher ( $p < 0,05$ ) para investigar a associação entre o impacto da QVRSB e o número de maloclusões em uma criança. O banco de dados foi organizado no programa *Microsoft Excel* 2010.

## 5 RESULTADOS

No total, participaram da pesquisa 200 crianças. A análise descritiva das variáveis encontra-se na Tabela 1. Houve predomínio do sexo feminino 59,5% e 78,5% das crianças apresentaram maloclusão. Mais de metade dos participantes 54,5% apresentaram impacto na QVRSB e 83% possuíam renda familiar maior ou igual a dois salários mínimos.

**TABELA 1: Análise descritiva das variáveis coletadas no estudo (n=200), Florianópolis, SC, Brasil, 2016.**

| <i>Variável</i>           | <i>n</i> | <i>%</i> |
|---------------------------|----------|----------|
| <b>Sexo</b>               |          |          |
| Masculino                 | 81       | 40,5%    |
| Feminino                  | 119      | 59,5%    |
| <b>Idade</b>              |          |          |
| 8 anos                    | 79       | 39,5%    |
| 9 – 10 anos               | 121      | 60,5%    |
| <b>Renda Familiar</b>     |          |          |
| < 2 salários              | 34       | 17,0%    |
| ≥ 2 salários              | 166      | 83,0%    |
| <b>Escolaridade</b>       |          |          |
| ≤ 8 anos                  | 99       | 49,5%    |
| > 8 anos                  | 101      | 50,5%    |
| <b>Impacto na QVRSB</b>   |          |          |
| Sem impacto               | 91       | 45,5%    |
| Impacto                   | 109      | 54,5%    |
| <b>Maloclusão</b>         |          |          |
| Sim (DAI > 25)            | 157      | 78,5%    |
| Não (DAI ≤ 25)            | 43       | 21,5%    |
| <b>MAA</b>                |          |          |
| ≤ 2mm                     | 193      | 96,5%    |
| > 2mm                     | 7        | 3,5%     |
| <b>Overjet Maxilar</b>    |          |          |
| ≤ 4mm                     | 135      | 67,5%    |
| > 4mm                     | 65       | 32,5%    |
| <b>Overjet Mandibular</b> |          |          |
| Sim                       | 1        | 0,5%     |
| Não                       | 199      | 99,5%    |
| <b>MCP</b>                |          |          |
| Ausente                   | 182      | 91,0%    |
| Presente                  | 18       | 9,0%     |

Fonte: questionário socioeconômico, ficha clínica, CPQ 8-10.



Dentre o total das crianças examinadas, 3,5% tinham MAA, 32,5% *overjet* maxilar, 9,0% apresentaram MCP e apenas uma criança possuía *overjet* mandibular.

A tabela 2 apresenta a análise descritiva das perguntas contidas no CPQ, na qual é possível observar que os itens com mais respostas “muitas vezes” ou “quase todos os dias” tiveram frequência maior nas perguntas: “*no ultimo mês, quantas vezes a comida ficou agarrada em seus dentes?*” (n=36) e “*no ultimo mês, quantas vezes gastou mais tempo do que os outros para comer sua comida, por causa dos seus dentes ou da sua boca?*” (n=21) relacionadas ao domínio sintomas orais; “*no ultimo mês, quantas vezes se sentiu triste, por causa dos seus dentes ou da sua boca?*” (n=22) e “*no ultimo mês, quantas vezes você ficou com vergonha por causa dos seus dentes ou da sua boca?*” (n=25) relacionadas ao domínio limitações funcionais; e “*no ultimo mês, quantas vezes achou que você não era tão bonito quanto outras pessoas, por causa dos seus dentes ou da sua boca?*” (n=29) relacionada ao domínio bem-estar emocional.

Os resultados da regressão de Poisson bruta com a QVRSB como variável dependente, estão apresentados na tabela 3. A maloclusão não apresentou associação significativa com o impacto na QVRSB ( $p>0,05$ ) assim como não houve diferença estatisticamente significativa entre a qualidade de vida e as demais variáveis.

Na tabela 4, foi realizado o teste exato de Fisher para verificar a relação das maloclusões coletadas (MAA, MCP, *overjet* maxilar e mandibular) com sexo e idade. Foi possível verificar que houve diferença estatisticamente significativa entre o MAA e a idade e entre *overjet* maxilar e a idade ( $p<0,05$ ).

Foi realizada a associação (teste exato de Fisher) entre o impacto na QVRSB e o número de maloclusões em uma mesma criança (uma ou mais de uma maloclusão). Não foi encontrada relação estatística entre a quantidade de maloclusões e qualidade de vida ( $p= 1$ ). Sendo que 9 crianças apresentaram mais de uma maloclusão, e destas, 5 apresentaram impacto na QVRSB.

**TABELA 2: Análise descritiva da distribuição das respostas do CPQ (n=200), em crianças de 8 a 10 anos de idade em Florianópolis, SC, Brasil, 2016.**

| <b>CPQ itens</b>                                                                                                                     |                                                                                              |             |      |                   |      |          |      |              |      |                        |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------------|------|----------|------|--------------|------|------------------------|-----|
| 1-5 No ultimo mês, quantas vezes você (...)<br>6-25 no ultimo mês, quantas vezes você (...) por causa dos seus dentes ou da sua boca |                                                                                              | Nenhuma vez |      | Uma ou duas vezes |      | Às vezes |      | Muitas vezes |      | Quase ou todos os dias |     |
|                                                                                                                                      |                                                                                              | N           | %    | N                 | %    | N        | %    | N            | %    | N                      | %   |
| 1                                                                                                                                    | Sentiu dor nos dentes ou na boca?                                                            | 103         | 51,5 | 42                | 21,0 | 41       | 20,5 | 9            | 4,5  | 5                      | 2,5 |
| 2                                                                                                                                    | Teve feridas na boca?                                                                        | 93          | 46,5 | 50                | 25,0 | 38       | 19,0 | 17           | 8,5  | 2                      | 1,0 |
| 3                                                                                                                                    | Sentiu dor nos dentes ao comer ou beber algo gelado?                                         | 89          | 44,5 | 45                | 22,5 | 50       | 25,0 | 9            | 4,5  | 7                      | 3,5 |
| 4                                                                                                                                    | Quantas vezes a comida ficou agarrada em seus dentes?                                        | 49          | 24,5 | 54                | 27,0 | 61       | 30,5 | 23           | 11,5 | 13                     | 6,5 |
| 5                                                                                                                                    | Quantas vezes você ficou com cheiro ruim em sua boca?                                        | 84          | 42,0 | 51                | 25,5 | 47       | 23,5 | 8            | 4,0  | 4                      | 2,0 |
| 6                                                                                                                                    | Gastou mais tempo do que os outros para comer sua comida                                     | 135         | 67,5 | 29                | 14,5 | 15       | 7,5  | 10           | 5,0  | 11                     | 5,5 |
| 7                                                                                                                                    | Teve dificuldades para morder ou mastigar comidas mais duras como: maçã, pão, milho ou carne | 107         | 53,5 | 40                | 20,0 | 34       | 17,0 | 14           | 7,0  | 5                      | 2,5 |
| 8                                                                                                                                    | Foi difícil para você comer o que você queria                                                | 129         | 64,5 | 26                | 13,0 | 30       | 15,0 | 9            | 4,5  | 6                      | 3,0 |
| 9                                                                                                                                    | Teve problemas para falar                                                                    | 169         | 84,5 | 14                | 7,0  | 11       | 5,5  | 5            | 2,5  | 1                      | 0,5 |
| 10                                                                                                                                   | Você teve problemas para dormir a noite                                                      | 157         | 78,5 | 15                | 7,5  | 13       | 6,5  | 11           | 5,5  | 4                      | 2,0 |
| 11                                                                                                                                   | Você ficou chateado?                                                                         | 111         | 55,5 | 36                | 18,0 | 37       | 18,5 | 11           | 5,5  | 5                      | 2,5 |
| 12                                                                                                                                   | Se sentiu triste                                                                             | 125         | 62,5 | 31                | 15,5 | 22       | 11,0 | 11           | 5,5  | 11                     | 5,5 |
| 13                                                                                                                                   | Ficou com vergonha                                                                           | 109         | 54,5 | 36                | 18,0 | 30       | 15,0 | 16           | 8,0  | 9                      | 4,5 |
| 14                                                                                                                                   | Ficou preocupado com o que as pessoas pensam                                                 | 117         | 58,5 | 35                | 17,5 | 29       | 14,5 | 9            | 4,5  | 10                     | 5,0 |
| 15                                                                                                                                   | Achou que você não era tão bonito quanto outras pessoas                                      | 127         | 63,5 | 29                | 14,5 | 15       | 7,5  | 18           | 9,0  | 11                     | 5,5 |
| 16                                                                                                                                   | Faltou a aula                                                                                | 153         | 76,5 | 28                | 14,0 | 15       | 7,5  | 3            | 1,5  | 1                      | 0,5 |
| 17                                                                                                                                   | Teve problemas para fazer seu dever de casa                                                  | 165         | 82,5 | 17                | 8,5  | 9        | 4,5  | 3            | 1,5  | 6                      | 3,0 |
| 18                                                                                                                                   | Teve dificuldade para prestar atenção na aula                                                | 166         | 83,0 | 17                | 8,5  | 13       | 6,5  | 2            | 1,0  | 2                      | 1,0 |
| 19                                                                                                                                   | Não quis falar ou ler em voz alta na sala de aula                                            | 160         | 80,0 | 15                | 7,5  | 10       | 5,0  | 7            | 3,5  | 8                      | 4,0 |
| 20                                                                                                                                   | Deixou de sorrir ou dar risadas quando estava junto de outras crianças                       | 139         | 69,5 | 35                | 17,5 | 10       | 5,0  | 12           | 6,0  | 4                      | 2,0 |
| 21                                                                                                                                   | Não quis falar com outras crianças                                                           | 159         | 79,5 | 22                | 11,0 | 12       | 6,0  | 3            | 1,5  | 4                      | 2,0 |
| 22                                                                                                                                   | Não quis ficar perto de outras crianças                                                      | 166         | 83,0 | 19                | 9,5  | 12       | 6,0  | 0            | 0,0  | 3                      | 1,5 |
| 23                                                                                                                                   | Ficou de fora de jogos e brincadeiras                                                        | 184         | 92,0 | 5                 | 2,5  | 7        | 3,5  | 2            | 1,0  | 2                      | 1,0 |
| 24                                                                                                                                   | Outras crianças fizeram gozação ou colocaram apelidos em você                                | 158         | 79,0 | 13                | 6,5  | 17       | 8,5  | 5            | 2,5  | 7                      | 3,5 |
| 25                                                                                                                                   | Outras crianças fizeram perguntas para você                                                  | 145         | 72,5 | 24                | 12,0 | 16       | 8,0  | 10           | 5,0  | 5                      | 2,5 |

Fonte: CPQ8-10

**TABELA 3: Regressão de Poisson bruta para Impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal com as demais variáveis (n=200). Florianópolis, SC, Brasil, 2016.**

| Impacto na Qualidade de Vida |            |            |                    |                       |
|------------------------------|------------|------------|--------------------|-----------------------|
|                              | Presente   | Ausente    | Regressão Bruta RP |                       |
|                              | n (%)      | n(%)       | p-valor            | (95% IC)              |
| <b>Sexo</b>                  |            |            | 0,676              |                       |
| Feminino                     | 67 (56,3)  | 52 (43,69) |                    | 1                     |
| Masculino                    | 42 (51,9)  | 39 (48,1)  |                    | 0,921 (0,443-0,715)   |
| <b>Idade</b>                 |            |            | 0,836              |                       |
| 8 anos                       | 42 (53,2)  | 37 (46,8)  |                    | 1                     |
| 9 - 10anos                   | 67 (55,4%) | 54 (44,6%) |                    | 1,042 (0,708-0,719)   |
| <b>Renda Familiar</b>        |            |            | 0,377              |                       |
| < 2 salários                 | 22 (64,7)  | 12 (35,3)  |                    | 1                     |
| ≥ 2 salários                 | 87 (52,4)  | 79 (47,6)  |                    | 0,810 (0,507-1,293)   |
| <b>Escolaridade</b>          |            |            | 0,695              |                       |
| ≤ 8 anos                     | 56 (56,6)  | 43 (43,4)  |                    | 1                     |
| > 8 anos                     | 53 (52,5)  | 48 (47,5)  |                    | 0,928 (0,637 – 1,351) |
| <b>Maloclusão</b>            |            |            | 0,738              |                       |
| Não (DAI ≤ 25)               | 22 (51,2)  | 21 (48,8)  |                    | 1                     |
| Sim (DAI > 25)               | 87 (55,4)  | 70 (44,6)  |                    | 1,083 (0,678-1,729)   |
| <b>MAA</b>                   |            |            | 0,480              |                       |
| ≤ 2mm                        | 106 (54,9) | 87 (45,1)  |                    | 1                     |
| > 2mm                        | 3 (42,9)   | 4 (57,1)   |                    | 0,604 (0,149-2,448)   |
| <b>Overjet Maxilar</b>       |            |            | 0,906              |                       |
| ≤ 4mm                        | 73 (54,1)  | 62 (45,9)  |                    | 1                     |
| > 4mm                        | 36 (55,4)  | 29 (44,6)  |                    | 1,024 (0,687-1,527)   |
| <b>Overjet Mandibular</b>    |            |            | 0,543              |                       |
| Ausente                      | 108 (54,3) | 91 (45,7)  |                    | 1                     |
| Presente                     | 1 (100)    | 0 (0,0)    |                    | 1,843 (0,257-13,200)  |
| <b>MCP</b>                   |            |            | 0,691              |                       |
| Ausente                      | 98 (53,8)  | 84 (46,2)  |                    | 1                     |
| Presente                     | 11 (61,1)  | 7 (38,9)   |                    | 1,135 (0,609-2,117)   |

Fonte: questionário socioeconômico, ficha clínica, CPQ 8-10.

**TABELA 4: Associação entre MAA, MCP, Overjet maxilar, Overjet Mandibular com sexo e idade, em crianças de 8 a 10 anos de idade em Florianópolis, SC, Brasil, 2016. Teste exato de Fisher.**

|              | MAA |     | p-valor | MCP |     | p-valor | Overjet Maxilar |     | p-valor | Overjet Mandibular |     | p-valor |
|--------------|-----|-----|---------|-----|-----|---------|-----------------|-----|---------|--------------------|-----|---------|
|              | Sim | Não |         | Sim | Não |         | Sim             | Não |         | Sim                | Não |         |
| <b>Sexo</b>  |     |     |         |     |     |         |                 |     |         |                    |     |         |
| Feminino     | 4   | 115 | 1       | 12  | 107 | 0.619   | 81              | 38  | 0.405   | 0                  | 119 | 0.417   |
| Masculino    | 3   | 78  |         | 6   | 75  |         | 54              | 27  |         | 1                  | 80  |         |
| <b>Idade</b> |     |     |         |     |     |         |                 |     |         |                    |     |         |
| 8 anos       | 6   | 73  | 0.015*  | 6   | 73  | 0.623   | 17              | 62  | 0.003*  | 0                  | 79  | 1       |
| 9 -10 anos   | 1   | 120 |         | 12  | 109 |         | 48              | 73  |         | 1                  | 120 |         |

Fonte: ficha clínica, CPQ 8-10.

## 6 DISCUSSÃO

Há um crescente interesse pelo impacto das maloclusões na qualidade de vida de crianças e adolescentes. As experiências advindas da infância possuem um papel significativo para o crescimento pessoal, e uma aparência dentária diferente pode ou não interferir na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB). No presente estudo a maloclusão não apresentou associação significativa com impacto na QVRSB, ou seja, a maloclusão não causou impacto na qualidade de vida de escolares na faixa etária de 8 a 10 anos de idade, assim como não houve diferença estatisticamente significante entre a qualidade de vida e as demais variáveis. Este resultado é consistente com os encontrados por Schuch *et al.* (2015) com 750 crianças entre 8 e 10 anos; Anosike, Sanu e da Costa (2010) com 410 crianças entre 12 e 16 anos que também concordam que a maloclusão não interfere na QVRSB. Esses resultados diferem dos encontrados por Marques *et al.* (2006) com 333 crianças de 10 a 14 anos; O'Brien, Benson e Marshman (2007) com 147 crianças entre 11 e 14 anos; Paula *et al.* (2012) com 512 crianças de 12 anos; Sardenberg *et al.* (2013a) com 1024 crianças de 8 a 10 anos, em que os autores concordam que a maloclusão gera um impacto na QVRSB. Essa diferença nos resultados pode ser devido ao perfil psicológico de cada criança, que pode interferir no impacto da QVRSB, algumas crianças se sentem mal devido a doenças orais relativamente suaves, enquanto paradoxalmente, outros são tolerantes a condições bucais graves (BARBOSA *et al.*, 2009); ao grau de severidade das maloclusões, normalmente maloclusões severas causam impacto maior na QVRSB (PAULA JR. *et al.*, 2009); ao tamanho das amostras; as diferentes populações; ou ao nível socioeconômico da população englobada. Isto concorda com os modelos teóricos da doença, que postulam que os resultados de saúde experimentada por um indivíduo são determinados não só pela natureza e gravidade da doença, mas também pelas características pessoais e ambientais (WILSON e CLEARY, 1995).

No presente estudo, na análise descritiva do CPQ, os domínios sintomas orais, limitações funcionais e bem-estar emocional tiveram maior número de respostas “muitas vezes” ou “quase todos os dias”. O que pode ser comparado aos achados de Schuch *et al.* (2015), em que o domínio sintomas orais obteve maior média de pontuação (5,14) e o domínio bem-estar emocional teve a maior variação (0-20).

Conforme este estudo a escolaridade dos pais, renda familiar e o sexo das crianças não apresentaram relação estatisticamente significante com impacto na QVRSB. Resultado este que difere dos encontrados por Paula *et al.* (2012) em que a renda familiar ( $\leq 3$  salários

mínimos), escolaridade da mãe ( $\leq 8$  anos), e sexo das crianças mostraram forte efeito negativo sobre QVRS. Estudo realizado por Sardenberg *et al.* (2013a) também encontrou impacto sobre a QVRSB em relação à escolaridades dos pais ( $\leq 8$  anos) e renda familiar ( $\leq 2$  salários mínimos). Outro estudo administrado por Schuch *et al.* (2015) também encontrou resultado semelhante em que a escolaridade materna ( $< 8$  anos), e baixa renda familiar impactaram na QVRSB dos escolares. Essa diferença pode ser devido ao tamanho da amostra do presente estudo, e também a renda familiar utilizada ser  $< 2$  salários mínimos no presente estudo, o que difere das outras pesquisas.

Quando se avalia a presença das maloclusões com a faixa etária nas crianças desta amostra, nota-se que há uma relação significativa entre a presença de *overjet* maxilar com a idade de 9 a 10 anos. Segundo achados de Góis *et al.* (2012) a prevalência desta maloclusão na dentição decídua e mista foi de 33% e 33,5% para *overjet* maxilar, respectivamente. Conforme o autor ainda, crianças com *overjet* acentuado na dentição decídua tiveram um risco 5,2 vezes maior de manter essa maloclusão na dentição mista. Dados na literatura mostram que a MAA tende a desaparecer quando o hábito (de sucção) é abandonado, mas o mesmo não ocorre com a MCP e maloclusão Classe II com acentuado *overjet* (Bowden, 1966; Heimer, Katz e Rosenblatt, 2008; Cozza *et al.*, 2005). Então além dos casos novos que irão aparecer com o avanço da idade, as crianças que já possuem *overjet* acentuado tendem a manter a maloclusão.

Neste estudo não foram encontradas associações significativas entre os tipos de maloclusões e o sexo. Esse achado é consistente com os resultados de Schuch *et al.* (2015) e Anosike, Sanu e da Costa (2010), mas difere dos achados de Cavalcanti *et al.* (2008) que encontrou associação positiva entre a MAA e o sexo. Isso pode ser devido as diferentes faixas etárias que os estudos englobam, desde 6 até 16 anos, ou ao tamanho das amostras.

A incidência de maloclusão (conforme o DAI) entre os 200 escolares foi elevada, o que foi semelhante aos resultados de Cavalcanti *et al.* (2008) que, ao estudar um número maior de crianças entre 6 e 12 anos, encontraram maloclusão em 80,6% da população escolar na cidade de Campina Grande, PB. Segundo Suliano *et al.* (2005) 77,3% das 84 crianças estudadas, entre 6 a 12 anos apresentaram maloclusões. Alta prevalência de maloclusão, também foi encontrada em estudo de Almeida *et al.* (2007) em uma amostra de 957 crianças entre 7 e 11 anos, 66% possuíam maloclusão na cidade de Manaus-AM. Resultado esse que foi diferente do encontrado por Sardenberg *et al.* (2013a), em que 32,2% crianças de 8 a 10 anos possuía maloclusão na cidade de Belo Horizonte, MG. De acordo com estudos epidemiológicos, a gravidade da maloclusão varia conforme as faixas etárias, sendo maior na

dentição permanente. A sua prevalência apresenta grande variação, podendo ocorrer de 10% a 90% dos casos, em crianças e adolescentes. (CORSATO, BIAZEVIC e CORSATO, 2005). Segundo Boeck (2013) altas taxas de prevalência de maloclusão são esperadas na fase de dentadura mista, pois nesta fase há uma maior susceptibilidade às mudanças oclusais, trocas dentárias e hábitos deletérios.

Com relação à ocorrência dos diferentes tipos de maloclusões (MAA, *overjet* maxilar e *overjet* mandibular) Marques (2005) encontraram resultados que se assemelham aos encontrados por essa pesquisa, com 3,3% de MAA, 37,5% de *overjet* maxilar e 1% de *overjet* mandibular. Contudo, com relação à MCP os resultados obtidos por Cavalcanti *et al.* (2008) divergem dos encontrados pelo presente estudo, em que os autores obtiveram uma prevalência maior dessa maloclusão (20,3%), isso pode ser devido a faixa etária da amostra englobada ser maior, entre 6 e 12 anos.

É possível que algumas maloclusões tenham um maior efeito adverso sobre QVRSB do que outros tipos de maloclusão. Em estudo realizado por Sardenberg *et al.* (2013a) foram encontradas associações significativas entre QVRSB e espaçamento do segmento anterior e *overjet* mandibular, sendo que espaçamento anterior, particularmente um diastema de linha média e um dente faltando no segmento anterior, não indica necessariamente uma má oclusão na faixa etária entre 8 e 10 anos. No entanto, neste estudo de 2013, a maioria dos tipos de maloclusão não foram significativamente associados com QVRSB. Outro estudo também mostra que presença de apinhamento, *overjet* mandibular maior que 2 mm e *overjet* de 4 mm ou mais, apresentam forte associação estatística com satisfação com a aparência (PERES, TRAEBERT e MARCENE, 2002). Estudo realizado por O'Brien, Benson e Marshman (2007) não encontrou associação entre impacto na qualidade de vida e *overjet* acentuado, apinhamento de dentes anteriores ou pelo menos um dente ausente.

A alta incidência de maloclusão dentre os 200 escolares examinados demonstrou que esta constitui-se num problema de saúde pública, mas muito pouco tem sido feito em relação à Ortodontia em saúde coletiva, cárie e doença periodontal têm centralizado as ações estratégicas, devido a sua maior significância epidemiológica (TRAEBERT, 1996).

Conhecer a etiologia da maloclusão é essencial para o sucesso do tratamento ortodôntico, pois é necessário saber eliminar a causa para corrigir o problema. (MACENA, KATZ e ROSENBLATT, 2009). Sabe-se que o hábito de sucção não nutritiva é um fator predisponente para maloclusão e é um comportamento comum entre as crianças (FARSI e SALAMA, 1997; KATZ e ROSENBLATT, 2005; PERES *et al.*, 2007). A prevalência da maloclusão é bastante variável e depende de vários fatores, incluindo sexo, idade, método de

alimentação e nível socioeconômico (FARSI e SALAMA, 1997). Portanto, os programas de saúde pública devem incorporar o diagnóstico precoce e procedimentos preventivos com objetivo de reduzir a prevalência das maloclusões. Tendo em vista que os custos para tratamento de uma maloclusão estabelecida na adolescência não são passíveis de serem arcados por uma grande parte da população, conforme estudo realizado por Marques *et al.* (2006) em que 71,5% dos pais responderam que não buscaram tratamento para os filhos devido aos altos custos.

A presente investigação possui limitações, como por exemplo, o tamanho da amostra, que pode ter influenciado no resultado. O ponto de corte para o estabelecimento do *overjet* maxilar e MAA ainda não estão claramente definidos na literatura. Além disso, outra limitação é a não especificidade do questionário (CPQ), para ser aplicado em alterações como as maloclusões e, portanto é necessário o desenvolvimento de uma forma abreviada, mais especificamente relacionada com problemas de maloclusão e que pode ser benéfico para a avaliação da necessidade de tratamento ortodôntico (O'BRIEN, BENSON e MARSHMAN, 2007).

Mesmo com alta incidência, a maloclusão ainda permanece distante das políticas públicas de atenção à saúde. Em busca do estabelecimento de políticas adequadas para o tratamento da maloclusão, tornam-se necessários estudos que utilizem indicadores que estabeleçam parâmetros de severidade para as maloclusões, evidenciando, além de sua prevalência, prioridades quanto à necessidade de tratamento ortodôntico. Diante disso, constata-se a necessidade de se desenvolver mais pesquisas nessa área, objetivando uma maior compreensão da epidemiologia da maloclusão, e da sua relação com a QVRSB, que possa colaborar com a inserção da Ortodontia nas políticas públicas de saúde (ALMEIDA, 2010).

## 7 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados do presente estudo é lícito concluir que:

- ✓ Maloclusão, sexo, renda familiar e escolaridade dos pais não apresentaram associação significativa com impacto na QVRSB.
- ✓ As maloclusões apresentaram-se com alta ocorrência entre os estudantes.
- ✓ A quantidade de maloclusões em uma criança não apresentou impacto sobre QVRSB.
- ✓ A maloclusão com maior incidência foi overjet maxilar acentuado.





## REFERÊNCIAS

- ABEP. Brazilian Market Research Association. Brazil Economic Classification Criteria. Brazil, p. 1–6, 2015.
- AGOU, S.; LOCKER, D. Impact of self-esteem on the oral-healthrelated quality of life of children with malocclusion. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 134, n.4, p. 484-489, 2008.
- ALMEIDA, et al. Prevalência da maloclusão em escolares da rede estadual do município de Manaus, AM – **Brasil. Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.55, n.4, p. 389-394, 2007.
- ALMEIDA, AB. Prevalência de má oclusão e necessidade de tratamento ortodôntico em escolares de 12 anos de idade na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. 2010. 137 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)—Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.
- ANOSIKE, NA.; SANU, OO.; DA COSTA, OO. Malocclusion and its impact on quality of life of school children in Nigeria. **West African Journal Of Medicine**, v.29, n.6, p. 417-424, 2010.
- ANTUNES LAA. Childhood bruxism: Related factors and impact on oral health-related quality of life. **Spec Care Dentist**, v.36, n.1, p. 7-12, 2015.
- ARAÚJO MCM. Introdução. In: Ortodontia para clínicos. 3. ed, São Paulo: Ed. Santos, p. 15-7, 1986.
- BARBOSA TS.; TURELI MCM.; GAVIÃO MBD. Validity and reliability of the Child Perceptions Questionnaires applied in Brazilian children. **BMC Oral Health**, v.13, n. 9, p. 1-8, 2009.
- BERNABÉ E.; FLORES-MIR C. Orthodontic treatment need in Peruvian young adults evaluated through dentall aesthetic index. **Angle Orthod**, v.76, n.3, p. 417-421, 2006.
- BOECK, EM.; PIZZOL, KEDC.; NAVARRO, N.; CHIOZZINI, NM.; FOSCHINI, ALR. Prevalência de maloclusão em escolares de 5 a 12 anos de rede municipal de ensino de Araraquara. **Rev Cefac**, v. 15, n. 5, p. 1270-1280, 2013.
- BOWDEN BD. A longitudinal study of the effects of digit- and dummy-sucking. **Am J Orthod**, v. 52, p. 887–911, 966.
- BRADLYN AS. Quality of life research in Pediatric Oncology. Research Methods and Barriers. Cancer, v. 78, n. 6, p. 1333-1339, 1996. Citado por BARBOSA, Taís de Souza et al . Qualidade de vida e saúde bucal em crianças e adolescentes: aspectos conceituais e metodológicos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 283-300, 2010.

BRIZON, VSC.; CORTELLAZZI, KL.; AMBROSANO, GMB.; PEREIRA, AC.; GOMES, VE.; OLIVEIRA, AC. Fatores individuais e contextuais associados à má oclusão em crianças brasileiras. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 118-128, 2013.

CARVALHO TS.; LUSSI U.; JAEGGI T.; GAMBON DL. Erosive tooth wear in children. **Monogra Sci Oral**, v. 25, p. 262-278, 2014.

CAVALCANTI, AL. Prevalência de Maloclusão em Escolares de 6 a 12 Anos de Idade em Campina Grande, PB, Brasil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, APESB**, v. 8, n. 1, p.99-104, 2008.

COZZA, P.; BACCETTI, T.; FRANCHI, L.; MUCEDERO, M.; POLIMENI, A.; Sucking habits and facial hyperdivergency as risk factors for anterior open bite in the mixed dentition. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 128, n. 4, p. 517–519, 2005.

CROSATO, EM.; BIAZEVIC, MGH.; CROSATO, E. Relação entre maloclusão e impactos nas atividades diárias: um estudo de base populacional. **Rev Odontol UNESP**, v. 34, n. 1, p. 37-42, 2005.

DANAEI, SM.; SALEHI, P. Association between normative and self-perceived orthodontic treatment need among 12- to 15-year-old students in Shiraz, Iran. **Eur J Orthod**, v. 32, n.5, p.530-534, 2010.

DIAS, PF.; GLEISER, R. O índice de necessidade de tratamento ortodôntico como um método de avaliação em saúde pública. **Rev Dental Press Ortod Ortop Facial**, v.13, n.1, p.74-81, 2008.

DOS SANTOS, PCF.; MONTEIRO, ALB.; ROCHA, RG.; CHAVES JÚNIOR, CM. Uma ferramenta alternativa para avaliação do Índice Dental Estético. **Rev Clín Ortodon Dental Press**, Maringá, v. 7, n. 5, p. 34-39, 2008.

FERNANDES, KP.; AMARAL, MAT.; MONICO, MA. Ocorrência de maloclusão e necessidade de tratamento ortodôntico na dentição decídua. **RGO**, Porto Alegre, v. 55, n.3, p. 223-227, 2007.

FARSI, NM.; SALAMA, FS. Sucking habits in Saudi children: prevalence, contributing factors and effects on the primary dentition. **Pediatr Dent**. v. 19, n. 1, p. 28-33, 1997.

FRANCISCO, KMS.; SUNDEFELD, MLMM.; MOIMAZ, SAS. Adolescents' knowledge regarding oral health using validated instrument by Item Response Theory. **Rev Gaúcha Odontol**, v. 60, n. 3, p. 283-288, 2012.

GARBIN, AJI.; PERIN, PCP.; GARBIN, CAS.; LOLLI LF. Prevalência de oclusopatias e comparação entre a Classificação de Angle e o Índice de Estética Dentária em escolares do interior do estado de São Paulo - Brasil. **Dental Press J Orthod**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 94-102, 2010.

GOETTEMS, ML.; AZEVEDO, MS.; CORREA, MB.; COSFA, CT.; WENDF, FP.; SCHUCH, HS.; BONOW, MLM.; ROMANO, AR.; TORRIANI, DD. Dental Trauma

Occurrence and Occlusal Characteristics in Brazilian Preschool Children. **Pediatric Dentistry**, v. 34, n. 2, p.104-107, 2012.

GÓIS, EG.; VALE, MP.; PAIVA, SM.; ABREU, MH.; SERRA-NEGRA, JM.; PORDEUS, IA. Incidence of malocclusion between primary and mixed dentitions among Brazilian children. **The Angle Orthodontist**, v. 82, n. 3, p. 495-500, 2012.

HANSON, ML.; BARNARD, LW.; CASE, JL. Tongue-thrust in preschool children. Part II: dental occlusion patterns. **Am. J. Orthod.**, St. Louis, v. 57, n. 1, p. 15-22, 1970.

HEIMER, MV.; KATZ TCR.; ROSENBLATT, A. Nonnutritive sucking habits, dental malocclusions, and facial morphology in Brazilian children: a longitudinal study. **European Journal of Orthodontics**, v. 30, n. 6, p. 580–585, 2008.

HINDS, P. Quality of life in children and adolescents with cancer. *Semin oncol nurs*, v. 6, n. 4, p. 285-291, 1990. Citado por BARBOSA, Taís de Souza et al . Qualidade de vida e saúde bucal em crianças e adolescentes: aspectos conceituais e metodológicos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 283-300, 2010.

HOLT, RD. Advances in dental public health. *Prim dent care*, v. 8, n. 3, p. 99-102, 2001. Citado por BARBOSA, Taís de Souza et al. Qualidade de vida e saúde bucal em crianças e adolescentes: aspectos conceituais e metodológicos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 283-300, 2010.

JOKOVIC, A.; LOCKER, BDS.; TOMPSON, B.; GUYATT, MD. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight- to ten-year-old children. **Paediatric Dentistry**, v. 26, n. 6, p. 512-518, 2004.

KIYAK, HA. Comparison of esthetic values among Caucasians and Pacific-Asians. **Community Dent Oral Epidemiol.** v.9, n. 5, p. 219–223, 1981.

LEME, MS.; DE SOUZA BARBOSA, T.; GAVIÃO, MBD. Relationship among oral habits, orofacial function and oral health-related quality of life in children. **Braz Oral Res**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 272-278, 2013.

LIU, Z.; MCGRATH, C. The Impact of Malocclusion/Orthodontic Treatment Need on the Quality of Life: A Systematic Review. **Angle Orthod**, v. 79, n. 3, p. 585-591, 2009

MACENA, MCB.; KATZ, CRT.; ROSENBLATT, A. prevalence of a posterior crossbite and sucking habits in brazilian children aged 18-59 months. **Eur J Orthod**, v. 31, n. 4, p. 357–361, 2009.

MANDALL, NA.; MCCORD, JF.;  
BLINKHORN, AS.; WORTHINGTON, HV.; O'BRIEN, KD.; Perceived aesthetic impact of malocclusion and oral self-perceptions in 14-15-yearold Asian and Caucasian children in Greater Manchester. **European Journal of Orthodontics**, v. 21, n. 2, p. 175-183, 1999.

MARQUES, CR. Determinação da necessidade de tratamento ortodôntico em escolares da cidade de Recife. 2005. 135f. Dissertação (Mestrado em Odontologia – Clínica Integrada) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

MARQUES, LS.; BARBOSA, CC.; RAMOS-JORGE, ML.; PORDEUS, IA.; PAIVA, SM. Prevalência da maloclusão e necessidade de tratamento ortodôntico em escolares de 10 a 14 anos de idade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: enfoque psicossocial. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1099-1106, 2005.

MARQUES, LS.; FILOGÔNIO, CA.; FILOGÔNIO, CB.; PEREIRA, LJ.; PORDEUS, IA.; PAIVA, SM.; RAMOS-JORGE, ML. Aesthetic impact of malocclusion in the daily living of Brazilian adolescents. *Journal of Orthodontics*. v. 36, n. 3, p. 152-159, 2009.

MARQUES, LS.; RAMOS-JORGE, L.; PAIVA, SM.; PORDEUS, IA. Malocclusion: Esthetic impact and quality of life among Brazilian schoolchildren. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, v. 129, n. 3, p. 424-427, 2006.

MOURA C, CAVALCANTI AL. Maloclusões, cárie dentária e percepções de estética e função mastigatória: um estudo de associação. *Revista Odonto Ciência*, Porto Alegre, v. 22, n. 57, p. 256-262, 2007.

MOURA, C.; CAVALCANTI, AL.; GUSMÃO, ES.; SOARES, RSC.; MOURA, FTC.; SANTILLO, PMH. Negative self-perception of smile associated with malocclusions among Brazilian adolescents. *Oxford University Press*, v. 35, n. 4, p.483-490, 2013.

O'BRIEN, C.; MARSCHMAN, PEB. Evaluation of a quality of life measure for children with malocclusion. *Journal of Orthodontics*; v. 34, p. 185–193, 2007.

Organização Mundial da Saúde. Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal. 3. ed. São Paulo; 1991.

PAULA, JS.; LEITE, IC.; ALMEIDA, AB.; AMBROSANO, GM.; PEREIRA, AC.; MIALHE, FL. The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildren's self-perception of quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, v. 10, p. 6-10, 2012.

PAULA JR, DF.; SANTOS, NCM.; SILVA, ET.; NUNES, MFN.; LELES, CR. Psychosocial Impact of Dental Esthetics on Quality of Life in Adolescents. Association with Malocclusion, Self-Image, and Oral Health–Related Issues. *Angle Orthod*, v. 79, n. 6, p. 1188- 1193, 2009.

PERES, SHCS.; GOYA, S.; CORTELLAZZI, KL.; AMBROSANO, GMB.; MENEGHIM, MC.; PEREIRA, AC. Self-perception and malocclusion and their relation to oral appearance and function. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 10, p. 4059-4066, 2011.

PERES, K.G.; TRAEBERT, E.S.A.; MARCENE, W. Diferenças entre auto percepção e critérios normativos na identificação das oclusopatias. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.36, n.2, p.230-236, 2002.

PERES, KG.; BARROS, AJD.; PERES, MA.; VICTORIA, CG. Effects of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study. *Rev Saúde Pública*, v. 41, n. 3, p. 343–50, 2007.

PINTO, EM.; GONDIM, PPC. Análise crítica dos diversos métodos de avaliação e registro das más oclusões. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v. 13, n. 1, p. 82-91, 2008.

PORTILHO, JAC.; PAES, AMC. Autopercepção de Qualidade de Vida relativa à Saúde Bucal. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 75-88, 2000.

PLANAS, P. Rehabilitación neuro-oclusal (RNO). Barcelona: Salvat; 1987.

PROFFIT, WR.; FIELDS, HW.; Sarver, DM. Ortodontia Contemporânea, Ed. Elsevier, Cap 1, 2008.

Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador / Secretaria Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 23, 2001.

RAMOS-JORGE, J.; MOTTA, T.; MARQUES, LS.; PAIVA, SM.; RAMOS-JORGE, ML. Association between anterior open bite and impact on quality of life of preschool children. **Braz Oral Res**, São Paulo , v. 29, n. 1, p. 1, 2015.

Ramos-Jorge, ML.; Vieira-Andrade, RG.; Martins-Júnior, PA.; Cordeiro, MMR.; Ramos-Jorge, J.; Paiva, SM.; Marques, LS. Level of agreement between self-administered and interviewer-administered CPQ8–10 and CPQ11–14. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 40, n. 3, p. 201–209, 2012.

SARDENBERG F, AUAD SM, MARTINS MT, VIEGAS CM, PORDEUS IA, PAIVA SM, VALE MP. Impacto da maloclusão na qualidade de vida de escolares brasileiros: estudo caso-controle de base populacional. 2013. 137 f. Tese (doutorado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Minas gerais, 2013b.

SARDENBERG F, MARTINS MT, BENDO CB, PORDEUS IA, PAIVA SM, AUAD SM, VALE MP. Malocclusion and oral health-related quality of life in Brazilian schoolchildren. **Angle Orthod**, v. 83, n. 1, p. 83–89, 2013a.

SHEIHAM, A; MAIZELS, JE; CUSHING, AM. The concept of need in dental care. *Int dent J*, v. 32, n. 2, p. 265-270, 1982. Citado por BARBOSA, Taís de Souza et al. Qualidade de vida e saúde bucal em crianças e adolescentes: aspectos conceituais e metodológicos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 283-300, 2010.

SCHUCH, HS.; COSTA, FDOSS.; TORRIANI, DD.; DEMARCO, FF.; GOETTEMES, ML. Oral health-related quality of life of schoolchildren: impact of clinical and psychosocial variables. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 25, n. 5, p. 358–365, 2015.

SPALJ, S.; SLAJ, M.; VARGA, S.; STRUJIC, M.; SLAD, M. Perception of orthodontic treatment need in children and adolescents. **European Journal Of Orthodontics**, Zagreb, Croatia, v. 32, n. 4, p. 387-394, 2009.

SULIANO, AA.; DE BORBA, PC.; RODRIGUES, MJ.; CALDAS JÚNIOR, AF.; DOS SANTOS FAV. Prevalência de más oclusões e alterações funcionais entre escolares assistidos pelo Programa Saúde da Família em Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil. *Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial*, v. 10, n. 6, p.103-110, 2005.

TAUSCHE, E.; LUCK, O.; HARZER, W. Prevalence of malocclusions in the early mixed dentition and orthodontic treatment need. **Eur J Orthod**, v. 26, n. 3, p. 237–244, 2004.

TRAEBERT, J.L. Implicações de custo financeiro e recursos humanos em assistência odontológica no Brasil segundo o modelo escandinavo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.30, n.6, p.519-526, 1996.

ZHANG, M.; MCGRATH, C.; HÄGG, U. The impact of malocclusion and its treatment on quality of life: a literature review. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 16, n. 6, p.381-387,2006.

WEINTRAUB, JA. Uses of oral health related quality of life measures in public health. *Community dent health*, v. 15, n. 1, p. 8-12, 1998. Citado por BARBOSA, Taís de Souza et al . Qualidade de vida e saúde bucal em crianças e adolescentes: aspectos conceituais e metodológicos. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, p. 283-300, 2010 .

WILSON, IB.; CLEARY, PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. **JAMA**, v. 273, n. 1, p. 59–65, 1995.

YAU, DT.; WONG, MCM.; LAM, KF.; MCGRATH, C. Evaluation of psychometric properties and differential item functioning of 8-item Child Perceptions Questionnaires using item response theory. **Bmc Public Health**, v. 15, n. 1, p. 1-10, 2015.

## APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Somos dentistas e alunos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e estamos realizando um estudo para avaliar as consequências dos problemas bucais na qualidade de seus (a) filhos (a) por isso, precisamos da sua colaboração. O (a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa de Mestrado intitulada Saúde Bucal relacionada à qualidade de vida em escolares do município de Florianópolis/SC, que fará aplicação de questionário, tendo como objetivo saber os hábitos bucais de seus filhos e questões socioeconômicas para podermos relacionar estas informações com a qualidade de vida de seus filhos. Será enviado para casa dois questionários via agenda individual de seu (a) filho (a) a serem respondidos. Não é obrigatório participar da pesquisa.

Os riscos destes procedimentos serão mínimos por poder gerar estresse emocional e social ao envolver questões relacionadas à saúde de seu (a) filho (a) e condições financeiras da família. A sua identidade será preservada, pois cada indivíduo será identificado por um número. Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão, você estará contribuindo para a saúde de seu (a) filho (a), pois através de exame bucal, ele poderá ser encaminhado para atendimento na Universidade Federal de Santa Catarina. Além disso, através de suas percepções, poderemos contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde mais direcionadas para a percepção da criança e sua qualidade de vida.

As pessoas que estarão acompanhando os procedimentos serão os pesquisadores estudantes de mestrado: Ângela Giacomini, Bruna Miroski Gonçalves, Daniele Klein e Fernanda Marques Torres e professor responsável: Michele da Silva Bolan.

O(a) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento. Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome. Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa. Agradecemos a sua participação.

Profa. Dra MICHELE BOLAN – Pesquisadora Responsável

Telefone: (48) 37219920

Campus Universitário – Trindade – Caixa Postal 476 CEP: 88040900

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEP SH/UFSC

Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi – Fone: (48)3321-8195 – e-mail: cepsh.reitoria@ufsc.br

CEP: 88035-001 Florianópolis – SC

### TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim, e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.







**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(a) seu(ua) filho(a)/dependente está sendo convidado a participar de uma pesquisa de Mestrado intitulada **Saúde Bucal relacionada à qualidade de vida em escolares do município de Florianópolis/SC**, que fará entrevista e exame bucal, tendo como objetivo conhecer a percepção dos escolares (8-10 anos) em relação à sua qualidade de vida relacionada à sua saúde bucal. Serão previamente marcados a data e horário para as entrevistas e exame bucal, utilizando questionário e equipamentos de exame. O exame clínico das crianças será realizado no próprio ambiente escolar, com a criança comodamente sentada em uma cadeira comum, de frente para o examinador, mediante observação visual direta da cavidade bucal e iluminação artificial (lanterna de luz de LED – Diodo Emissor de Luz). Serão utilizados espelhos clínicos, sonda milimetrada e gases estéreis para secagem e limpeza da região. Todas as normas de biossegurança serão consideradas (material estéril, luvas, gorros e máscaras descartáveis). O uso da sonda milimetrada não será de forma invasiva, e sim, somente para medição de overjet, mordida aberta e diastema (espaços entre os dentes). Estas medidas serão realizadas na própria Escola. Não é obrigatório participar da pesquisa.

A pesquisa a ser desenvolvida apresenta riscos mínimos para os sujeitos envolvidos, tendo em vista tratar-se de coleta de dados por meio de exame clínico e entrevista, cuja participação é voluntária. As crianças ao terem que responder ao questionário e muitas questões dizem respeito a auto-imagem, poderá ser gerador de estresse emocional. Na etapa do exame clínico poderá ocorrer certo desconforto pela presença próxima do dentista, também podendo gerar estresse social e emocional. Para minimizar os riscos para as crianças os exames serão feitos de forma individual, em local reservado, visando a não exposição da criança na frente dos colegas.

A identidade do(a) seu(ua) filho(a)/dependente será preservada pois cada indivíduo será identificado por um número. Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão avaliação clínica da criança com possibilidade de encaminhamento para atendimento na Universidade Federal de Santa Catarina, além disso, através de suas percepções, poderemos contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde mais direcionadas para a percepção da criança e sua qualidade de vida. As pessoas que estarão acompanhando os procedimentos serão os pesquisadores estudante de mestrado: Ângela Giacomini, Bruna Miroski Gonçalves, Daniele Klein e Fernanda Marques Torres e professor responsável: Michele da Silva Bolan. O(a) senhor(a) poderá retirar o(a) seu(ua) filho(a)/dependente do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento.

Solicitamos a sua autorização para o uso dos dados do(a) seu(ua) filho(a)/dependente para a produção de artigos técnicos e científicos. A privacidade do(a) seu(ua) filho(a)/dependente será mantida através da não-identificação do nome. Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa. Agradecemos a participação do(a) seu(ua) filho(a)/dependente.

Prof. Dra MICHELE BOLAN – Pesquisadora Responsável  
Telefone: (48) 37219920  
Campus Universitário – Trindade – Caixa Postal 476 CEP: 88040900

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEP/SH/UFSC  
Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi – Fone: (48) 3321-8195 – e-mail: cepsh.reitoria@ufsc.br  
CEP: 88035-001 Florianópolis – SC

**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a respeito do meu(minha) filho(a)/dependente serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em meu (minha) filho(a)/dependente, e que fui informado que posso retirar meu(minha) filho(a)/dependente do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**TERMO DE ASSENTIMENTO INFORMADO**

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa: **Saúde Bucal relacionada à qualidade de vida em escolares do município de Florianópolis/SC.**

Declaro que a pesquisadora Michele Bolan me explicou todas as questões sobre o estudo que vai acontecer. O Exame clínico será feito em local reservado, com equipamento de proteção individual e material estéril, com uso de espelho clínico, gaze e sonda milimetrada para medição. O questionário será aplicado em forma de leitura e as crianças responderão individualmente. Compreendi que não sou obrigado(a) a participar da pesquisa, eu decido se quero participar ou não.

A pesquisadora me explicou também que o meu nome não aparecerá na pesquisa.

Dessa forma, concordo livremente em participar do estudo, sabendo que posso desistir a qualquer momento, se assim desejar.

Assinatura da criança: \_\_\_\_\_

Dia/mês/ano: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra MICHELE BOLAN – Pesquisadora Responsável

## APÊNDICE C



## FICHA CLÍNICA

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Anotador: \_\_\_\_\_

Examinador: \_\_\_\_\_

Criança: \_\_\_\_\_

Gênero: ( ) M ( ) F Idade: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_

Escola: \_\_\_\_\_

## COMPROMETIMENTO ESTÉTICO

☐ Não☐ Sim☐ Cárie☐ Trauma/fratura☐ Trauma/cor☐ Fluorose☐ Apinhamento anterior☐ Diastema da linha média sup.☐ Mordida aberta anterior☐ Overjet☐ MIH☐ Outros \_\_\_\_\_

## TRAUMATISMO DENTÁRIO

☐ Não

|    |    |    |    |
|----|----|----|----|
| 12 | 11 | 21 | 22 |
|    |    |    |    |
|    |    |    |    |
| 42 | 41 | 31 | 32 |

## NÚMERO DE DENTES AUSENTES (pré-molar à pré-molar)

 Maxila Mandíbula

## APINHAMENTO ANTERIOR

☐ 0 Sem apinhamento ☐ 1 Sup ou Inf ☐ 2 Sup e inf ☐ NA

## ESPAÇAMENTO ANTERIOR

☐ 0 Sem espaçamento ☐ 1 Sup ou Inf ☐ 2 Sup e inf ☐ NA

## DIASTEMA DA LINHA MÉDIA SUPERIOR

 Ausente mm (Presente)

## MAIOR DESALINHAMENTO MAXILAR ANTERIOR

 Ausente mm (Presente)

## MAIOR DESALINHAMENTO MANDIBULAR ANTERIOR

 Ausente mm (Presente)

## OVERJET MAXILAR

 Ausente mm (Presente)

## OVERJET MANDIBULAR

 Ausente mm (Presente)

## MORDIDA ABERTA ANTERIOR

 Ausente mm (Presente)

## MORDIDA CRUZADA POSTERIOR

☐ 0 Ausente ☐ 1 Presente ☐ 1 Direita ☐ 2 Esquerda ☐ 3 Bilateral



### RELAÇÃO MOLAR ANTERO-POSTERIOR

☐ 0 Normal      ☐ 1 Meia cúspide      ☐ 2 Uma cúspide

### PRESENÇA MIH

☐ Não

| 16 | 12 | 11 | 21 | 22 | 26 |
|----|----|----|----|----|----|
|    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |
| 46 | 42 | 41 | 31 | 32 | 36 |

### PRESENÇA FLUOROSE

☐ Não      ☐ Grau

☐ Não

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 |    |
| 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 |
|    | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |    |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

### PRESENÇA CARIE

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|    | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 |    |
| 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 |
|    | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |    |

### PRESENÇA EROSÃO

☐ Não

|             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|-------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|             | 85 | 84 | 55 | 54 | 12 | 11 | 21 | 22 | 64 | 65 | 74 | 75 |
| LOCALIZAÇÃO |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| SEVERIDADE  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| SUPERFÍCIE  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

### PRESENÇA BRUXISMO

☐ Não

☐ Sim

## ANEXO A

Nome: \_\_\_\_\_  
 Série: \_\_\_\_\_  
 Escola: \_\_\_\_\_



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Você é um menino ou uma menina?<br><input type="checkbox"/> Menino<br><input type="checkbox"/> Menina                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 2. Quantos anos você tem? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 3. Você acha que os seus dentes e a sua boca são:<br><input type="checkbox"/> Muito bons<br><input type="checkbox"/> Bons<br><input type="checkbox"/> Mais ou menos<br><input type="checkbox"/> Ruins                                                                                                                                                        |
| 4. Quanto os seus dentes ou a sua boca te incomodam?<br><input type="checkbox"/> Não incomodam<br><input type="checkbox"/> Quase nada<br><input type="checkbox"/> Um pouco<br><input type="checkbox"/> Muito                                                                                                                                                 |
| 5. No último mês, quantas vezes você sentiu dor de dentes ou dor na boca?<br><input type="checkbox"/> Nenhuma vez<br><input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes<br><input type="checkbox"/> Às vezes<br><input type="checkbox"/> Muitas vezes<br><input type="checkbox"/> Todos os dias ou quase todos os dias                                               |
| 6. No último mês, quantas vezes você teve feridas na sua boca?<br><input type="checkbox"/> Nenhuma vez<br><input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes<br><input type="checkbox"/> Às vezes<br><input type="checkbox"/> Muitas vezes<br><input type="checkbox"/> Todos os dias ou quase todos os dias                                                          |
| 7. No último mês, quantas vezes você sentiu dor nos seus dentes quando comeu alguma coisa ou bebeu alguma coisa gelada?<br><input type="checkbox"/> Nenhuma vez<br><input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes<br><input type="checkbox"/> Às vezes<br><input type="checkbox"/> Muitas vezes<br><input type="checkbox"/> Todos os dias ou quase todos os dias |
| 8. No último mês, quantas vezes a comida ficou agarrada em seus dentes?<br><input type="checkbox"/> Nenhuma vez<br><input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes<br><input type="checkbox"/> Às vezes<br><input type="checkbox"/> Muitas vezes<br><input type="checkbox"/> Todos os dias ou quase todos os dias                                                 |
| 9. No último mês, quantas vezes você ficou com cheiro ruim na sua boca?<br><input type="checkbox"/> Nenhuma vez<br><input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes<br><input type="checkbox"/> Às vezes<br><input type="checkbox"/> Muitas vezes<br><input type="checkbox"/> Todos os dias ou quase todos os dias                                                 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10. No último mês, quantas vezes você gastou mais tempo do que os outros para comer sua comida por causa de seus dentes ou de sua boca?<br><input type="checkbox"/> Nenhuma vez<br><input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes<br><input type="checkbox"/> Às vezes<br><input type="checkbox"/> Muitas vezes<br><input type="checkbox"/> Todos os dias ou quase todos os dias                                     |
| 11. No último mês, quantas vezes você teve dificuldade para morder ou mastigar comidas mais duras como: maçã, pão, milho ou carne, por causa de seus dentes ou de sua boca?<br><input type="checkbox"/> Nenhuma vez<br><input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes<br><input type="checkbox"/> Às vezes<br><input type="checkbox"/> Muitas vezes<br><input type="checkbox"/> Todos os dias ou quase todos os dias |
| 12. No último mês, quantas vezes foi difícil para você comer o que você queria por causa dos seus dentes ou de sua boca?<br><input type="checkbox"/> Nenhuma vez<br><input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes<br><input type="checkbox"/> Às vezes<br><input type="checkbox"/> Muitas vezes<br><input type="checkbox"/> Todos os dias ou quase todos os dias                                                    |
| 13. No último mês, quantas vezes você teve problemas para falar por causa dos seus dentes ou de sua boca?<br><input type="checkbox"/> Nenhuma vez<br><input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes<br><input type="checkbox"/> Às vezes<br><input type="checkbox"/> Muitas vezes<br><input type="checkbox"/> Todos os dias ou quase todos os dias                                                                   |
| 14. No último mês, quantas vezes você teve problemas para dormir à noite por causa dos seus dentes ou de sua boca?<br><input type="checkbox"/> Nenhuma vez<br><input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes<br><input type="checkbox"/> Às vezes<br><input type="checkbox"/> Muitas vezes<br><input type="checkbox"/> Todos os dias ou quase todos os dias                                                          |
| 15. No último mês, quantas vezes você ficou chateado por causa dos seus dentes ou de sua boca?<br><input type="checkbox"/> Nenhuma vez<br><input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes<br><input type="checkbox"/> Às vezes<br><input type="checkbox"/> Muitas vezes<br><input type="checkbox"/> Todos os dias ou quase todos os dias                                                                              |
| 16. No último mês, quantas vezes você se sentiu triste por causa dos seus dentes ou de sua boca?<br><input type="checkbox"/> Nenhuma vez<br><input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes<br><input type="checkbox"/> Às vezes<br><input type="checkbox"/> Muitas vezes<br><input type="checkbox"/> Todos os dias ou quase todos os dias                                                                            |







17. No último mês, quantas vezes você ficou com vergonha por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- ( ) Nenhuma vez  
 ( ) Uma ou duas vezes  
 ( ) Às vezes  
 ( ) Muitas vezes  
 ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

18. No último mês, quantas vezes você ficou preocupado com o que as pessoas pensam sobre seus dentes ou sua boca?

- ( ) Nenhuma vez  
 ( ) Uma ou duas vezes  
 ( ) Às vezes  
 ( ) Muitas vezes  
 ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

19. No último mês, quantas vezes você achou que você não era tão bonito quanto outras pessoas por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- ( ) Nenhuma vez  
 ( ) Uma ou duas vezes  
 ( ) Às vezes  
 ( ) Muitas vezes  
 ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

20. No último mês, quantas vezes você faltou à aula por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- ( ) Nenhuma vez  
 ( ) Uma ou duas vezes  
 ( ) Às vezes  
 ( ) Muitas vezes  
 ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

21. No último mês, quantas vezes você teve problemas para fazer seu dever de casa por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- ( ) Nenhuma vez  
 ( ) Uma ou duas vezes  
 ( ) Às vezes  
 ( ) Muitas vezes  
 ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

22. No último mês, quantas vezes você teve dificuldade para prestar atenção na aula por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- ( ) Nenhuma vez  
 ( ) Uma ou duas vezes  
 ( ) Às vezes  
 ( ) Muitas vezes  
 ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

23. No último mês, quantas vezes você não quis falar ou ler em voz alta na sala de aula por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- ( ) Nenhuma vez  
 ( ) Uma ou duas vezes  
 ( ) Às vezes  
 ( ) Muitas vezes  
 ( ) Todos os dias ou quase todos os dias



24. No último mês, quantas vezes você deixou de sorrir ou dar risadas quando estava junto de outras crianças por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- ( ) Nenhuma vez  
 ( ) Uma ou duas vezes  
 ( ) Às vezes  
 ( ) Muitas vezes  
 ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

25. No último mês, quantas vezes você não quis falar com outras crianças por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- ( ) Nenhuma vez  
 ( ) Uma ou duas vezes  
 ( ) Às vezes  
 ( ) Muitas vezes  
 ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

26. No último mês, quantas vezes você não quis ficar perto de outras crianças por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- ( ) Nenhuma vez  
 ( ) Uma ou duas vezes  
 ( ) Às vezes  
 ( ) Muitas vezes  
 ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

27. No último mês, quantas vezes você ficou de fora de jogos e brincadeiras por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- ( ) Nenhuma vez  
 ( ) Uma ou duas vezes  
 ( ) Às vezes  
 ( ) Muitas vezes  
 ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

28. No último mês, quantas vezes outras crianças fizeram gozação ou colocaram apelidos em você por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- ( ) Nenhuma vez  
 ( ) Uma ou duas vezes  
 ( ) Às vezes  
 ( ) Muitas vezes  
 ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

29. No último mês, quantas vezes outras crianças fizeram perguntas para você sobre seus dentes ou sua boca?

- ( ) Nenhuma vez  
 ( ) Uma ou duas vezes  
 ( ) Às vezes  
 ( ) Muitas vezes  
 ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

30. Você escova seus dentes na escola?

- ( ) Sim  
 ( ) Não



Obrigado!!





## ANEXO B

Nome da criança: \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Gênero: M( ) F( )  
 Cor: ( )branca ( )preta ( )amarela ( )parda ( )indígena  
 Escola: \_\_\_\_\_  
 Série: \_\_\_\_\_ Período: ( ) Manhã ( ) Tarde

**QUESTIONÁRIO SÓCIOECONÔMICO**

**1 Em relação ao grau de instrução(escolaridade) do chefe da família. (Marque com "X").**

- ( ) analfabeto / fundamental I incompleto  
 ( ) fundamental I completo / fundamental II incompleto  
 ( ) fundamental II completo / médio incompleto  
 ( ) médio completo / superior incompleto  
 ( ) superior completo

**2 No lugar em que você mora tem: (Marque com um "X")**

- Água encanada ( ) Sim ( ) Não  
 Rua Pavimentada ( ) Sim ( ) Não

**3 Quais dos itens abaixo você possui? (Marque com um "X")**

|                     |       |       |       |       |            |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|------------|
| Banheiros           | ( ) 0 | ( ) 1 | ( ) 2 | ( ) 3 | ( ) 4 ou + |
| Empregado doméstico | ( ) 0 | ( ) 1 | ( ) 2 | ( ) 3 | ( ) 4 ou + |
| Automóveis          | ( ) 0 | ( ) 1 | ( ) 2 | ( ) 3 | ( ) 4 ou + |
| Computador          | ( ) 0 | ( ) 1 | ( ) 2 | ( ) 3 | ( ) 4 ou + |
| Lava Louça          | ( ) 0 | ( ) 1 | ( ) 2 | ( ) 3 | ( ) 4 ou + |
| Geladeira           | ( ) 0 | ( ) 1 | ( ) 2 | ( ) 3 | ( ) 4 ou + |
| Freezer             | ( ) 0 | ( ) 1 | ( ) 2 | ( ) 3 | ( ) 4 ou + |
| Lava Roupa          | ( ) 0 | ( ) 1 | ( ) 2 | ( ) 3 | ( ) 4 ou + |
| DVD                 | ( ) 0 | ( ) 1 | ( ) 2 | ( ) 3 | ( ) 4 ou + |
| Micro-ondas         | ( ) 0 | ( ) 1 | ( ) 2 | ( ) 3 | ( ) 4 ou + |
| Motocicleta         | ( ) 0 | ( ) 1 | ( ) 2 | ( ) 3 | ( ) 4 ou + |
| Secadora de Roupa   | ( ) 0 | ( ) 1 | ( ) 2 | ( ) 3 | ( ) 4 ou + |

**QUESTIONÁRIO AOS PAIS/RESPONSÁVEIS**

**1 Seu filho já sofreu trauma nos dentes de leite?**

- ( ) Não ( ) Sim, idade: \_\_\_\_\_

**2 Seu filho já sofreu trauma nos dentes permanentes?**

- ( ) Não ( ) Sim, idade: \_\_\_\_\_

**3 Com que frequência seu filho(a) toma refrigerantes e/ou suco de frutas?**

- ( ) Raramente/ não toma. ( ) 2 a 4 vezes por semana.  
 ( ) 1 vez ao dia, todos os dias. ( ) Mais de 2 vezes por dia.

**4 Seu filho(a) toma bebidas desportivas como Gatorade, Energil Sport, Marathon com que frequência?**

- ( ) Raramente/ não toma. ( ) 2 a 4 vezes por semana.  
 ( ) 1 vez ao dia, todos os dias. ( ) Mais de 2 vezes por dia.

**5 Seu filho(a) já se queixou que comeu demais e vomitou para se sentir melhor?**

- ( ) Não, nunca fez isso. ( ) Sim, mas só uma vez.  
 ( ) Sim, toda semana. ( ) Sim, todos os dias.

**6 Com que frequência seu filho(a) vomita?**

- ( ) Raramente / Nunca. ( ) Menos de 1 vez por mês.  
 ( ) Algumas vezes por semana. ( ) Todos os dias.

**7 Seu filho(a) se queixa de dor ou queimação no estômago?**

- ( ) Não, nunca. ( ) Sim, de vez em quando.  
 ( ) Sim, algumas vezes por semana. ( ) Sim, todos os dias.

**8 O que você acha da saúde geral de seu filho(a)? (MARQUE UMA ALTERNATIVA)**

- ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim

**9 O que você acha da saúde da boca de seu filho(a)? (MARQUE UMA ALTERNATIVA)**

- ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim

**10 Você acredita que seu filho(a) está satisfeito com a aparência dos dentes dele?**

- ( ) Sim ( ) Não

**11 Seu filho(a) se irrita com comentários sobre os dentes dele mesmo que seja de brincadeira?**

- ( ) Sim ( ) Não

**12 Você acha que os dentes de seu filho(a) são tortos?**

- ( ) Sim ( ) Não

**13 Seu filho(a) chupa/chupou dedo ou chupeta?**

- ( ) Não  
 ( ) Sim, até \_\_\_\_anos. Período: ( ) Dia ( ) Noite ( ) Dia e noite

**14 Seu filho(a) usa/usou mamadeira?**

- ( ) Não  
 ( ) Sim, até \_\_\_\_anos. Período: ( ) Dia ( ) Noite ( ) Dia e noite

**15 Seu filho(a) roe/roía unhas?**

- ( ) Raramente / Nunca. ( ) Menos de 1 vez por mês.  
 ( ) Algumas vezes por semana. ( ) Todos os dias.

**16 Seu filho(a) morde/mordia lábios?**

- ( ) Raramente / Nunca. ( ) Menos de 1 vez por mês.  
 ( ) Algumas vezes por semana. ( ) Todos os dias.

**17 Seu filho(a) morde/mordia objetos (lápiz e/ou caneta)?**

- ( ) Raramente / Nunca. ( ) Menos de 1 vez por mês.  
 ( ) Algumas vezes por semana. ( ) Todos os dias.

**18 Seu filho(a) masca/mascava chicletes?**

- ( ) Raramente / Nunca. ( ) Menos de 1 vez por mês.  
 ( ) Algumas vezes por semana. ( ) Todos os dias.

**19 Seu filho(a) range/rangia os dentes (faz barulho/ruído)?**

- ( ) Raramente / Nunca. ( ) Menos de 1 vez por mês.  
 ( ) Algumas vezes por semana. ( ) Todos os dias.

**20 Seu filho(a) ronca/roncava à noite?**

- ( ) Raramente / Nunca. ( ) Menos de 1 vez por mês.  
 ( ) Algumas vezes por semana. ( ) Todos os dias.



21 Seu filho(a) baba/babava à noite?

- ( ) Raramente / Nunca. ( ) Menos de 1 vez por mês.  
( ) Algumas vezes por semana. ( ) Todos os dias.

22 Quantas horas (média), seu filho(a) dorme: \_\_\_\_\_h/dia (não considerar final de semana).

23 Como é o sono de seu filho(a)?

- ( ) Tranquilo ( ) Agitado

24 Seu filho(a) tem algum transtorno físico ou mental que altera o sono (por exemplo, epilepsia relacionada ao sono, movimentos anormais durante o sono)?

- ( ) Raramente / Nunca. ( ) Menos de 1 vez por mês.  
( ) Algumas vezes por semana. ( ) Todos os dias.

25 Seu filho(a) tem algum distúrbio de sono (por exemplo, síndrome de apnéia obstrutiva do sono)?

- ( ) Raramente / Nunca. ( ) Menos de 1 vez por mês.  
( ) Algumas vezes por semana. ( ) Todos os dias.

26 Qual a personalidade de seu filho(a)?

- ( ) Agitado ( ) Ansioso ( ) Nervoso ( ) Tenso  
( ) Triste ( ) Agressivo ( ) Timido ( ) Outra: \_\_\_\_\_

27 Seu filho(a) se queixa/queixava de dor de cabeça?

- ( ) Raramente / Nunca. ( ) Menos de 1 vez por mês.  
( ) Algumas vezes por semana. ( ) Todos os dias.

28 Seu filho(a) se queixa/queixava de dor de ouvido?

- ( ) Raramente / Nunca. ( ) Menos de 1 vez por mês.  
( ) Algumas vezes por semana. ( ) Todos os dias.

29 Seu filho(a) fica/ficava sempre com o nariz entupido?

- ( ) Raramente / Nunca. ( ) Menos de 1 vez por mês.  
( ) Algumas vezes por semana. ( ) Todos os dias.

30 Seu filho(a) já operou o nariz?

- ( ) Não ( ) Sim, com \_\_\_\_\_ anos.

31 Seu filho(a) já operou a garganta?

- ( ) Não ( ) Sim, com \_\_\_\_\_ anos.

**ATENÇÃO: AS PERGUNTAS 1 a 8, SE REFEREM A QUANDO SEU FILHO TINHA DE 0 A 3 ANOS DE IDADE**

1 Com que idade foi iniciada a escovação dos dentes de seu filho(a)? \_\_\_\_\_ meses

2 Na idade de 0 a 3 anos, com que frequência era escovado os dentes de seu filho(a)?

- ( ) Nenhuma vez ( ) 1 vez/dia ( ) 2 vezes/dia ( ) 3 vezes/dia ( ) 4 vezes ou mais/dia

3 Quem escovava?

- ( ) Mãe / pai ou responsável ( ) A própria criança ( ) Ninguém

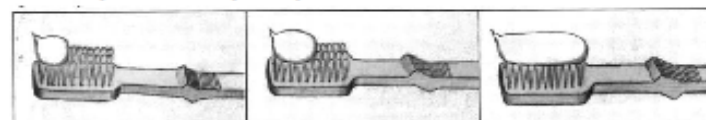
4 Quando seu filho tinha de 0 a 3 anos, era usado pasta para escovar os dentes?

- ( ) Sim, com flúor ( ) Sim, sem flúor  
( ) Não ( ) Não sei.

5 Quem colocava a pasta de dentes na escova?

- ( ) mãe / pai ou responsável ( ) a própria criança

6 Qual a quantidade de pasta que era usado na escova de seu filho?



- ☐ 1/3 das cerdas cobertas ☐ 1/2 das cerdas cobertas ☐ Todas as cerdas cobertas

7 Qual a fonte de água usada na casa para beber (PODE ASSINALAR MAIS QUE UMA OPÇÃO)?

- ( ) Água de torneira/ filtrada ( ) Água mineral  
( ) Água de poço (cisterna) ( ) Outro

8 Qual a fonte da água utilizada na casa para preparo e cozimento dos alimentos (PODE ASSINALAR MAIS QUE UMA OPÇÃO)?

- ( ) Água de torneira/ filtrada ( ) Água mineral  
( ) Água de poço (cisterna) ( ) Outro

**ATENÇÃO: AS PERGUNTAS 1 a 5, SE REFEREM À SUA GRAVIDEZ:**

1 Teve problemas médicos durante a gravidez?

- ( ) Sim, quais: \_\_\_\_\_ ( ) Não

2 Doenças da mãe até o momento do parto:

- ( ) Nenhuma ( ) Diabetes ( ) Falta de vitamina D  
( ) Infecção urinária ( ) Outros: \_\_\_\_\_

3 A sua gravidez foi de gêmeos?

- ( ) Não ( ) Sim

4 Tomou antibiótico durante a gestação?

- ( ) Não ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_

5 Relativo ao parto:

- Parto normal: ( ) Sim ( ) Não Parto prematuro: ( ) Sim ( ) Não  
Parto por cesariana: ( ) Sim ( ) Não Parto prolongado: ( ) Sim ( ) Não

**ATENÇÃO: AS PERGUNTAS 6 a 8, SE REFEREM À ALTERAÇÕES DA CRIANÇA DE 0 A 4 ANOS:**

6 O bebê precisou de incubadora?

- ( ) Não ( ) Sim

7 Problemas médicos da criança até os 4 anos de idade:

- ( ) Nenhum ( ) Febre alta ( ) Otite (infecção no ouvido) ( ) Asma  
( ) Varicela ( ) Pneumonia ( ) Infecções do trato urinário ( ) Outros

8 Seu filho tomou antibiótico até os 4 anos de idade?

- ( ) Não ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_

**OBRIGADO POR CONTRIBUIR RESPONDENDO ESTE QUESTIONÁRIO!**

